Universidad de San Martín
Escuela Interdisciplinaria de Altos
Estudios Sociales
Maestría en Antropología Social

El poder simbólico de las muestras médicas: Etnografía sobre la construcción de relaciones sociales en la práctica profesional de las y los Agentes de Propaganda Médica

Verónica Trelleira

Tesis de Maestría presentada a la Carrera de Antropología Social, Escuela Interdisciplinaria de Altos Estudios Sociales, Universidad Nacional de San Martín, como parte de los requisitos necesarios para la obtención del título de Magister en Antropología Social.

Directora: Dra. María Pozzio

Buenos Aires
Marzo 2025

Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer al Dr. Alejandro Otamendi, un Ser de Luz que iluminó tanto mi vida académica desde sus inicios, siempre alentándome, enseñándome y potenciándome, como la personal, apoyándome y acompañándome incondicionalmente en diferentes momentos.

Agradezco a la Dra. Rosana Guber por su generosidad al dedicar horas de su tiempo para escuchar mis inquietudes y guiarme cuando me encontraba perdida en el campo.

A la Dra. María Pozzio, mi directora de tesis por sus indicaciones y consejos que me resultaron sumamente valiosos.

A Mariano, por su paciencia, su persistente incentivo y acompañamiento amoroso con mate durante las interminables tardes de escritura.

A Leo, quien me acompañó durante años en todo el proceso de inicio y finalización de esta Maestría.

A Ezequiel, Vicky, Pablo, Lucía y Sole por estar siempre presentes en todo momento. Por hacer, con sus diversas presencias y sus entrañables palabras, que todo sea más fácil y bello.

A Manu, por su amor incondicional.

A las y los APMs protagonistas de las historias relatadas en esta tesis con quienes disfruté enormemente realizar trabajo de campo y quienes me enseñaron tanto sobre su labor profesional que sintetizar sus experiencias y perspectivas fue uno de los momentos más arduos que transité a la hora de volcarlas al papel.

Tabla de contenido

Introducción **3**

Sobre los Agentes de Propaganda Médica *3*

Etnografía y Salud: breve recorrido por sus antecedentes y perspectivas *8*

Perspectiva metodológica *13*

Diseño y organización del contenido *15*

1. Entre Muestras y Encuentros: La Visita Médica como espacio de construcción de relaciones sociales en el ámbito de la salud **18**

Los recorridos por los consultorios: El inicio *19*

Javier y Joaquín, dos caminos hacia la receta perfecta *25*

Equidad Selectiva: Cuando la distinción social choca con la tensión de género *28*

Antes del Encuentro: Las Bolsas, su organización y distribución *34*

2. Geografías del Prestigio: las fronteras de calidad en el discurso farmacéutico **39**

Saberes en Disputa: el poder de los laboratorios en la construcción del conocimiento médico *51*

3. El Obsequio Estratégico: muestras médicas, circulación, intercambio y la complejidad de los vínculos sociales **60**

El Poder Oculto: descubriendo la fuerza de las muestras *61*

Narrativas del Deber ser: la construcción de la identidad profesional de las y los APMs *63*

Dualidad Relacional: las muestras médicas como Don y Mercancía *66*

El delicado equilibrio entre alianzas y rivalidades en el universo de las y los APMs *76*

Consideraciones Finales **83**

Referencias Bibliográficas **88**

Referencias Normativas **95**

Introducción

En la presente tesis me propongo explorar las complejidades del trabajo en salud indagando en el estudio de las relaciones sociales que se producen a partir de la circulación de las muestras médicas. Indagaré en los sentidos que las y los Agentes de Propaganda Médica (APMs) o Visitadoras y Visitadores Médicos otorgan a las relaciones que entablan con los diferentes profesionales de la salud y entre sí a partir de la distribución y entrega de muestras médicas. En este sentido, realizaré un abordaje centrado en examinar cómo dichas muestras se tornan objetos complejos que simbolizan y contienen relaciones sociales que se construyen a partir de su circulación, teniendo en cuenta las lógicas mercantiles que subyacen a la circulación mencionada. Mi interés en indagar sobre lo dicho, se despierta en tanto pude notar que se han privilegiado algunas ocupaciones, profesiones, aspectos y relaciones sociales que forman parte del campo de la salud, mientras, el análisis de otros ha quedado relegados. Tanto las y los profesionales de la medicina (médicas, médicos, enfermeras y enfermeros) y su relación con las y los pacientes, como las estrategias que las personas despliegan frente a las dificultades que les presenta el sistema de salud, han sido los sujetos por excelencia en los estudios sociales sobre dicho campo.

En este trabajo he centrado mi atención en un actor social y un objeto particular que forman parte del campo de la salud y, hasta el momento, no han sido abordados por los estudios sociales en Argentina y América Latina: las y los Agentes de Propaganda Médica (APMs), encargados de la promoción de medicamentos y las muestras médicas.

Sobre los Agentes de Propaganda Médica

El término "Visitador Médico" fue el primero con el cuál se identificaba a las personas que desempeñaban la actividad de "visitar" a las y los profesionales médicos con el fin de entregarles las últimas novedades del ámbito farmacéutico.

En Argentina, la denominación Agentes de Propaganda Médica (APMs), surgió en el año 1947 impulsada por el doctor Ramón Carrillo quién, en ese momento, se desempeñaba como Ministro de Salud Pública de la Nación. Este, consideraba que

estos trabajadores realizaban una especie de “propaganda” diaria para la comercialización de productos para la salud destinada a Droguerías y Farmacias, que luego redundaría en un beneficio para los pacientes. En aquellos años la actividad era considerada como exclusivamente masculina, consideración que fue modificándose con el tiempo con diferentes matices.

Carrillo los llamaba Agentes de Propaganda Médica. Así, el 26 de mayo de 1947, mediante el Decreto N° 1.345, estableció dicho nombre y reconoció la actividad de manera profesional. Es por tal motivo que el 26 de mayo se celebra el “Día del Agente de Propaganda Médica” en todo el país. Sin embargo, no fue hasta la década del noventa que la formación de las y los Agentes de Propaganda Médica se convirtió en una carrera terciaria. El Instituto "Dr. Ramón Carrillo" De Formación De Visitadores Médicos fue el precursor. Allí se dicta la carrera de Técnico Superior en Agente de Propaganda Médica y Marketing Farmacéutico. Esta dura dos años y consta de tres tramos de tres módulos cada uno: Ético-profesional, técnico-promocional, y médico-científico. El primero aborda las cualidades y alcances de la profesión; el segundo, estrategias de marketing, planificación de la visita médica entre otros; y el tercero, patologías y medicamentos. Actualmente, la carrera también puede cursarse desde el año 2006 en la Universidad Tecnológica Nacional (UTN) en convenio con FINEDU, en la Universidad Nacional de la Matanza, en la Universidad Abierta Interamericana (UAI), en la Fundación Favaloro y en la Fundación Barceló. Al finalizar el curso, se otorga un título habilitante para obtener la Matrícula Profesional tanto en Provincia de Buenos Aires como en CABA. La matriculación indica que la o el “Agente de Propaganda Médica” (de aquí en adelante APM) es la única figura legal reconocida y permitida para trasmitir información de medicamentos y otros productos (como prótesis traumatológicas) de prescripción médica que no pueden ser publicitados en los medios de comunicación masivos[1].

[1] La Disposición 3186/99 de la ANMAT establece las pautas éticas para la promoción publicitaria de productos medicinales. Esta normativa autoriza la publicidad de productos de venta libre, odontológicos y cosméticos, al mismo tiempo que prohíbe la publicidad de medicamentos sujetos a prescripción médica. https://www.argentina.gob.ar/normativa/recurso/58406/texact/htm

La Asociación de Agentes de Propaganda Médica de la República Argentina como institución, fue fundada el 26 de agosto de 1944. El 20 de junio de 1948, se le otorga la Personería Gremial N° 101 gracias al decreto N° 208[2]. En ella se registraron 6.000 APMs (Peidro, 2012). Sin embargo, al día de hoy, no se han publicado cifras oficiales sobre el número exacto de APMs que se encuentran en actividad.

Las y los APMs o visitadoras y visitadores médicos, representan a las compañías farmacéuticas (laboratorios) y son las personas encargadas de "visitar" a las y los médicos en los Hospitales públicos y privados y en los consultorios. Su tarea consiste en informar, promocionar, y convencer a las y los médicos, acerca de los efectos positivos de los nuevos medicamentos que se han desarrollado en la industria farmacéutica y reforzar la permanencia de los ya instituidos. Son la conexión entre el laboratorio farmacéutico y las y los médicos de las diferentes áreas, enfermeras, enfermeros y secretarias. La promoción de los medicamentos se realiza, principalmente, a través de la entrega de muestras médicas. La muestra médica es la presentación reducida de un producto farmacéutico que las y los APMs entregan a las y los profesionales de la salud sin costo con el fin de generar en ellos el hábito de prescribir la marca del laboratorio para el que se trabaja. Contiene entre la décima y la cuarta parte de la droga que contiene el medicamento original. Cada muestra debe llevar una leyenda que indique que se trata de una muestra médica y, por ser un producto de promoción sin costo, no pueden venderse (Reátegui Valdiviezo, 2016) Su venta está penada por la ley[3]. Por el contrario, los medicamentos para la venta, se encuentra en las farmacias para ser adquiridos mediante una prescripción médica. Están destinados al tratamiento regular de las y los pacientes y son denominados de manera coloquial por las y los APMs como "medicamento original".

Las y los APMs deben "visitar" determinada cantidad de profesionales por día. Dependiendo del laboratorio para el que trabajen, oscilan entre doce y veinte. Por lo general, "visitan" a las y los médicos en hospitales públicos o privados durante la

[2] Asociación Agentes de Propaganda Médica de la República Argentina. (s.f.). *Estatuto – Capítulo I*. Recuperado de https://www.aapmra.com/st/cultura.informacion.estatuto.Capitulo-1

[3] El artículo 464 de la Ley General de Salud indica que se impondrá una pena de uno a nueve años de prisión y una multa equivalente a veinte mil a cincuenta mil días de salario mínimo a quien venda o comercie con muestras médicas.

mañana, y en consultorios durante la tarde. La "visita médica" consiste en llevar las muestras médicas de consultorio en consultorio y de servicio en servicio por el hospital. En los hospitales públicos, las y los APMs de distintos laboratorios suelen cruzarse en los pasillos y transitan libremente por los servicios y de consultorio en consultorio. En los hospitales privados, esperan en los pasillos a que las médicas y médicos concluyan la atención al paciente de turno y luego los abordan desde la puerta del consultorio. En los dos ámbitos, también se vinculan con enfermeras, enfermeros y secretarias a través de la entrega de muestras médicas.

La tarea del APM, muchas veces se fusiona con la del Agente de Propaganda en Farmacias (APF). En estos casos, las y los "visitadores" "visitan" un promedio de ocho médicas y médicos durante la mañana "visitando" las farmacias a la tarde. Cada APM promociona los productos farmacéuticos que le han sido asignados por el laboratorio para el cual trabaja. Para esto, además de la formación terciaria que actualmente se requiere, recibe capacitación técnico-científica específica sobre cada medicamento que le corresponde promocionar, además de las técnicas de venta correspondientes al rubro. La intención primordial de las y los APMs es que las y los profesionales prescriban los productos del laboratorio para el cual cada APM trabaja, es decir que, en la receta médica, además de la droga correspondiente, escriban "su marca". Un APM con diez años de experiencia percibe un salario básico promedio equivalente a tres salarios mínimo vital y móvil (SMVM) por mes, al cual se le suman diferentes montos (según cada laboratorio en particular) en carácter de premios y comisión por zona. Existe una enorme diferencia en la remuneración que cada APM percibe dependiendo de cada laboratorio. El salario más alto lo perciben los visitadores de un reconocido laboratorio nacional que, por cierto, no contrata mujeres.

Quienes supervisan el trabajo de las y los APMs son los jefes de sus respectivos laboratorios. Tradicionalmente, los "visitadoras" y "visitadores" esperaban a sus jefes parados en la puerta de cada hospital programado para la jornada. La espera debía ser de quince minutos y luego ingresar al hospital a recorrer los consultorios correspondientes. A esta suerte de reporte se la denomina "fichaje" y comenzaba a primera hora de la mañana, repitiéndose a media mañana y a media tarde. Actualmente, si bien el "fichaje" sigue vigente, esa dinámica se ha flexibilizado y en algunos casos, los jefes se comunican por celular con las y los APMs que tienen a cargo en lugar de presentarse en el lugar. Según cifras oficiales, en el tercer trimestre

del año 2024, la facturación total de la industria farmacéutica en Argentina ascendió a 2.169.363,1 millones de pesos, incluyendo los fármacos de alto costo[4]. Estos últimos, en su mayoría tienen un precio elevado y están destinados a enfermedades denominadas poco frecuentes. Además, no se distribuyen muestras médicas.

Conocí el trabajo de las y los APMs durante el año 2018, cuando me encontraba dictando clases de Semiótica y Comunicación en la Universidad de Morón mientras cursaba una maestría en Antropología Social (IDAES–UNSaM). Un comentario en clase de un estudiante que trabajaba como visitador médico, que llamaré Sergio, sobre la discriminación de género en los laboratorios nacionales, me inspiró a explorar la participación femenina en el sindicato de Agentes de Propaganda Médica (APM). A través de Sergio, contacté a Morena, una delegada sindical, con quien pude reunirme varias veces. Las conversaciones con Morena me ayudaron a entender las dinámicas del gremio y su rol desde su propio punto de vista y experiencia. Sin embargo, el cierre del edificio del sindicato por peligro de derrumbe resultó un obstáculo significativo a la hora de contactarme con otras delegadas. Por lo tanto, mi primer encuentro con el campo resultó bastante desalentador y el objetivo inicial de mi investigación quedó trunco. Con esta perspectiva, consulté a la Dra. Rosana Guber, directora de la maestría, quien me sugirió redirigir mi enfoque hacia la antropología de la salud, centrándome en lo específico del campo: los medicamentos y su distribución en manos de las y los visitadores médicos. Su guía, junto con la de María Pozzio, mi directora de tesis fue crucial. Con este nuevo enfoque, volví a conversar con Sergio quien me propuso "llevarme" a "visitar" médicos con él. Sergio no solo me facilitó el ingreso al campo, sino que además me acompañó en el proceso durante todo el tiempo que realicé trabajo de campo. De esa manera, mi referente empírico cambió rotundamente. Mi segundo encuentro con el campo y los subsiguientes, consistieron en recorrer consultorios en hospitales públicos y privados, llevando muestras médicas para distribuir, principalmente, entre médicas y médicos.

El surgimiento de la industria farmacéutica en nuestro país estuvo signado por la inmigración europea, principalmente de españoles, quienes traían consigo amplios

[4] https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/farm_12_243B8D316844.pdf

conocimientos químicos y una gran tradición en la producción de productos farmacéuticos. Inicialmente, se establecieron como empresas familiares y, con el paso del tiempo, dieron paso a grandes empresas, droguerías y laboratorios. El esquema de los laboratorios es dinámico. Durante las charlas que mantuve con las y los APMs pude apreciar que a través de los años se produjeron fusiones, compras, ventas y consecuentemente, cambios de nombres. Los laboratorios nacionales más influyentes despliegan varias estrategias para para mantener su liderazgo y competitividad en el ámbito científico y tecnológico. Una de ellas en comprar laboratorios de menor importancia e incorporarlos como parte de su grupo. Aunque los salarios y los precios de los medicamentos de éstos últimos son inferiores a los del laboratorio "madre", forman parte del "grupo". De esta manera, estas grandes empresas se erigen como oligopolios y manejan casi la totalidad del mercado de los medicamentos.

Etnografía y Salud: breve recorrido por sus antecedentes y perspectivas

Desde la disciplina antropológica y, con un fuerte énfasis en el método etnográfico, se han abordado una gran diversidad de problemáticas implicadas en el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado (Menéndez, 1994; 1998; 2003; 2005) centradas en la relación profesionales de la salud/pacientes. Al respecto, numerosos trabajos han analizado ámbitos de salud particulares tomando en consideración la hegemonía biomédica acerca de las formas de gestionar el proceso de salud-enfermedad-atención-cuidado y las prácticas y estrategias de autonomía y resistencia que las personas y grupos despliegan. En este sentido y desde esta perspectiva, los trabajos hasta el momento se han centrado tanto en las y los profesionales de la salud (médicos, médicas, enfermeras, enfermeros (Pagnamento, 1993; García, 2007; Heredia, 2019; Perl, 2021) y trabajadoras sociales (Gagliolo, 2018) como en las y los destinatarios de las prácticas biomédicas considerando la participación colectiva y las posibles alternativas de atención y cuidado (González, 2006; Gregoric, 2007; Grimberg, 1992; Pozzio, 2011)

Las investigaciones académicas que abordan las relaciones entre APMs y profesionales de la salud, se centran preferentemente en las estrategias que las

compañías farmacéuticas despliegan para influenciar las prescripciones de médicas y médicos. En este sentido, los siguientes estudios proporcionan un marco que permite comprender de qué manera, en el contexto de las sociedades occidentales y capitalistas, las relaciones entre médicos, médicas y APMs se encuentran mediadas por dinámicas de poder y factores económicos, sociales y éticos.

Ray Moynihan y Alan Cassels (2006) exponen cómo las compañías farmacéuticas valiéndose de la ciencia médica, utilizan diferentes estrategias que van desde el marketing, campañas de concientización, hasta publicaciones académicas con el fin de redefinir y ampliar el concepto de enfermedad para la opinión pública y, en consecuencia, aumentar la venta de medicamentos que ellas producen y expandir el mercado farmacéutico. En este sentido, analizan la influencia que la industria ejerce sobre las prescripciones de las y los médicos y cómo a partir de estas estrategias se ha fomentado la medicalización en las personas. Por su parte Adriane Fugh-Berman (2010) examina los documentos revelados en litigios recientes para dar cuenta de las tácticas que las compañías farmacéuticas despliegan con el objetivo de influir en las prescripciones de los médicos. Examina cómo la industria promociona medicamentos a través de artículos académicos escritos por médicos como por empresas de comunicación publicados en revistas científicas de medicina. David Healy (2012), desde el campo de la psiquiatría, aborda la relación entre médicas y médicos y la industria farmacéutica desde una perspectiva histórica y crítica. Discute cómo la industria farmacéutica, a través de las y los visitadores médicos y las presiones comerciales, moldea la autonomía de médicas y médicos influyendo las decisiones de prescripción. Howard Brody En su libro "Hooked: Ethics, the Medical Profession, and the Pharmaceutical Industry" (2007), se centra en la ética médica y la influencia que visitadoras y visitadores médicos ejercen en la práctica de prescripción médica. Examina cómo los incentivos pueden comprometer la objetividad de médicas y médicos y afectar la calidad de la atención a las y los pacientes. Desde una perspectiva de salud pública y política, Joel Lexchin (2010) indaga en la interacción entre médicas, médicos y APMs y, a través de la evidencia empírica, analiza cómo las actividades de marketing de la industria farmacéutica influyen en las decisiones de médicas y médicos a la hora de prescribir medicamentos. Critica cómo estas prácticas de marketing pueden comprometer la objetividad de médicas y médicos y propone

implementar mayores regulaciones y fuentes de información independientes para reducir la influencia comercial en la medicina.

Por último, desde la antropología médica, Joseph Dumit en su libro "Drugs for Life" (2012) analiza cómo los medicamentos son promovidos y aceptados dentro de la práctica médica, a partir de la influencia que las y los visitadores médicos ejercen sobre médicas y médicos como parte del entramado de la industria farmacéutica. Explora cómo la industria crea la necesidad de medicamentos y cómo las y los visitadores médicos juegan un rol crucial en la construcción de la percepción de riesgo y enfermedad en médicas y médicos. Dumit se ocupa principalmente de la transformación del ensayo clínico en una herramienta de marketing casi exclusivamente controlada por las compañías farmacéuticas.

En el campo de las ciencias sociales, existe abundante bibliografía sobre los medicamentos como productos farmacéuticos. Sin embargo, desde diferentes perspectivas, la literatura académica sobre los medicamentos ha trascendido significativamente el enfoque puramente farmacológico para considerarlos como objetos complejos atravesados por dimensiones sociales, culturales, económicas y políticas.

Desde una perspectiva sociocultural, diversos autores han analizado cómo los medicamentos funcionan como bienes sociales que trascienden su mera función biológica. Castro (2012), Akrich (1995), Van der Geest, S., Whyte, S. R., & Hardon, A. (1996) han destacado cómo estos productos son percibidos y utilizados no solo por su valor terapéutico, sino también por su significado y funciones dentro de las estructuras sociales. En esta línea, se reconoce que los medicamentos configuran prácticas de salud, identidades y relaciones sociales. Nikolas Rose (2007), desde la psicología social, examina la biomedicina y la farmacología como prácticas que influyen en la subjetividad y en los hábitos de las personas. Su trabajo muestra cómo los medicamentos moldean las percepciones sobre la salud y la normalidad, configurando la vida diaria. En esta misma línea, desde la antropología, Viancanne Adams y Joseph Dumit (2004) exploran la integración de los medicamentos en la vida de las personas más allá de sus propiedades farmacológicas, actuando como símbolos de bienestar y estatus social, lo que repercute en las prácticas sociales y valores

culturales. Otra corriente importante analiza los medicamentos como bienes de consumo sujetos a las dinámicas del mercado global. Desde la psiquiatría, Jonathan Metzl (2003) ha estudiado cómo los medicamentos psicotrópicos se comercializan como soluciones para problemas sociales, reforzando estereotipos de género y normas sociales. David Healy (2004), centrándose en el consumo de Prozac en Estados Unidos, critica la influencia de la industria farmacéutica en la medicalización de la vida cotidiana. Carl Elliott (2003), en su trabajo "Better than Well", analiza las "terapias de mejora" y cómo la medicina estadounidense promueve los medicamentos como herramientas para mejorar la vida más allá de la salud, alineándolos con ideales culturales de éxito y realización personal. Joseph Dumit (2012) explora cómo las compañías farmacéuticas moldean la percepción pública mediante la promoción de nuevas categorías de enfermedades, transformando los medicamentos en bienes de consumo que definen las prácticas de salud y la gestión corporal. Vincanne Adams (2013), a partir del análisis de la gestión post-Katrina en Nueva Orleans, evidencia la mercantilización de los medicamentos dentro de un sistema capitalista que prioriza el beneficio económico sobre el bienestar social. Petryna, A., Lakoff, A., & Kleinman, A. (2007) en "Global Pharmaceuticals: ethics, markets, practices" (2007), descentran la mirada de los medicamentos en sí mismos para analizar las relaciones políticas, económicas y éticas en las que están implicados durante su circulación global. Anne Lovell (2007), en "Addiction Market": The case of high-dose buprenorphine in France, muestra cómo la introducción de tratamientos con opioides en Francia reconfiguró tanto las terapias de reducción de daños como las prácticas de los consumidores, evidenciando que la adicción a estos fármacos se ha convertido en un mercado lucrativo mundial. Paul Farmer (2003) argumenta que el acceso a medicamentos debería ser un derecho humano fundamental, criticando las barreras políticas y económicas que impiden que las poblaciones vulnerables reciban los tratamientos necesarios. Adriana Petryna (2007; 2009) critica la globalización de los ensayos clínicos para la producción de nuevos medicamentos y su impacto desigual, resaltando las inequidades cuando estos ensayos se realizan en países en desarrollo.

Desde una perspectiva novedosa sobre las mercancías, Arjun Appadurai ([1986] 1991) propone que los objetos deben ser entendidos no solo en términos de sus aspectos económicos, sino también por su valor y significado social y cultural. En este sentido,

sugiere que las mercancías tienen "vidas sociales" y que su valor se transforma a lo largo de su circulación en diferentes contextos y sistemas de intercambio. En la misma línea, Igor Kopytoff ([1986] 1991) plantea que, como las personas, los objetos tienen una "biografía cultural" que refleja las dinámicas de las sociedades que los rodean. Sjaak Van der Geest, S., Whyte, S. R., & Hardon, A. (1996) aplican esta perspectiva biográfico-cultural específicamente a los medicamentos, proponiendo indagar en su ciclo de vida para comprender cómo su significado cambia según los diferentes contextos. Este enfoque permite un análisis multidimensional que abarca tanto el valor biomédico como las dimensiones simbólicas, económicas y sociales. Madeleine Akrich (1995) analiza el medicamento como un objeto técnico y social que refleja relaciones de poder, prácticas culturales y sistemas de creencias. Su trabajo enfatiza cómo los medicamentos adquieren diferentes sentidos y funciones según el contexto cultural y los actores involucrados en su trayectoria.

Los enfoques anteriormente expuestos consideran los medicamentos como objetos centrales para la comprensión de varias dimensiones —terapéuticas, sociales, culturales, políticas y económicas— involucradas en su circulación. Las y los autores citados coinciden en que los medicamentos no son objetos inertes, sino que se encuentran revestidos de múltiples significados e inmersos en una gran diversidad de relaciones sociales y culturales. Estas perspectivas resultan sumamente significativas para explicar los diversos significados y los sentidos socioculturales que el objeto medicamento, elemento central de la presente tesis, adquiere en los diferentes contextos en los que circula y según los actores involucrados que los entregan y reciben durante ese proceso.

Si bien estas perspectivas han contribuido de manera sustantiva a comprender la complejidad del medicamento como objeto social, en el presente trabajo propongo una aproximación analítica basada en otros conceptos teóricos, que considero más adecuados para abordar los objetivos específicos de esta tesis.

Por un lado, el fetichismo de la mercancía de Karl Marx (2014) me ha permitido analizar a las muestras médicas, en tanto bienes de uso que participan de un intercambio particular, como objetos que mediatizan relaciones sociales impregnados de un valor simbólico que trasciende su función estrictamente material. A su vez, la gratuidad de estas muestras médicas oculta el hecho de que se encuentran inmersas en

circuitos mercantiles. Esta perspectiva complementa los enfoques biográfico-culturales de los objetos propuestos por Appadurai ([1986] 1991) y Kopytoff ([1986] 1991), las cuales enriquecen el análisis al considerar a las muestras médicas como objetos sociales y culturales en el contexto del capitalismo global. Por otro lado, desde la perspectiva de Marcel Mauss ([1925] 2009), analizo las muestras médicas como *don* objetos de intercambio aparentemente desinteresados que generan relaciones de reciprocidad y obligatoriedad entre APMs y profesionales de la salud. Desde este enfoque, indago en las lógicas sociales que subyacen a estos intercambios y cómo a través de la entrega de muestras médicas se crean y refuerzan relaciones entre APMs y profesionales de la salud.

La teoría de Aníbal Quijano (2000; 2014) sobre la colonialidad del poder y del saber me ha resultado clave para entender las dinámicas de dominación, dependencia y jerarquización económica y social, en el campo de la industria farmacéutica. Según este autor, la colonialidad no solo opera en términos geopolíticos o económicos, sino que se inscribe en la subjetividad de los actores y en las relaciones de poder que estructuran la vida cotidiana. En el contexto médico-farmacéutico, esta teoría nos permite analizar cómo se configuran las relaciones de poder entre los diferentes actores del sistema de salud.

El concepto de performance desarrollado por Judith Butler (2002; 2007), entendido como el acto mediante el cual, a través de la repetición de normas y prácticas discursivas socialmente aceptadas, las identidades adquieren una apariencia de naturalidad pese a ser el resultado de convenciones culturales, me ha resultado fundamental para analizar la construcción e internalización de los discursos dominantes, una identidad APM y una conducta profesional impuestas desde los espacios de poder de los laboratorios.

Perspectiva metodológica

El trabajo de campo lo realicé durante el año 2019 en tres hospitales públicos y dos privados a los cuales concurrí sistemáticamente una o dos veces por semana durante todo el año con diferentes APMs. Mi visita a cada institución y las veces que visité

cada una, estuvieron sujetas al recorrido que la o el APM a quién acompañé cada día tenía previsto para esa jornada.

Además de las repetidas incursiones en el ámbito hospitalario el trabajo de campo se desarrolló en algunos otros espacios de actividades cotidianas como las reuniones al mediodía para almorzar antes de continuar el trabajo. En cada ocasión, no solo observé las interacciones entre las personas, sino también participé de las charlas durante algunos almuerzos y de las actividades correspondientes al trabajo de repartir y promocionar las muestras médicas. Estas interacciones y conversaciones me permitieron comprender e indagar en las relaciones que las personas entablan entre sí y en las significaciones que atribuyen a esas relaciones (Guber, 2001). Esto fue complementado con entrevistas antropológicas a los actores sociales involucrados. A la vez, consideré la implicancia que como investigadora tuve tanto en las interacciones en el campo, como en la situación de entrevista (encuentro de reflexividades), en tanto persona activa en la producción de conocimiento social (Guber, 2005; 2014). A partir de dicha tarea y del análisis de los registros de campo, me aboqué a la tarea de construcción de los datos etnográficos. A tal efecto, trabajé con las y los APM que desempeñan su tarea en instituciones ubicadas en la zona delimitada como Constitución-Sur de la ciudad de Buenos Aires (esquema que varía según cada laboratorio).

El trabajo de campo realizado fue de tipo etnográfico. Según Restrepo (2018), la etnografía puede definirse como la descripción de lo que las personas hacen desde la perspectiva de las propias personas. Es decir, que un estudio etnográfico se interesa tanto por las prácticas que llevan a cabo las y los actores sociales como por los significados que estos atribuyen a dichas prácticas. La interrelación de ambos aspectos es una de las características fundamentales de la etnografía y permite dar cuenta de cómo las personas entienden su propio mundo de manera situada. La comprensión situada depende tanto de las experiencias de campo transitadas por la o el etnógrafo en un momento determinado, como por las y los actores sociales que llevan a cabo prácticas y las significan según sus propias trayectorias y posiciones en el entramado de relaciones sociales de las que participan. En tal sentido, considero la etnografía como “una mirada analítica que da por supuesta la diversidad de lo real y trata de aprehenderla a través de un análisis centrado estratégicamente en la perspectiva de los actores” (Balbi y Boivin, 2008, p.9; Guber, 2001). Este enfoque me permitió abordar

la entrega y circulación de las muestras médicas en el ámbito hospitalario y en los diferentes espacios sociales vinculados con la salud desde las perspectivas de los actores sociales involucrados. De esta manera, me propongo dar cuenta de la pertinencia de la etnografía como enfoque y método (Guber, 2001) que, en el acercamiento al campo, me ha permitido reconfigurar las preguntas de investigación y ampliar la mirada, con el objetivo de comprender desde las perspectivas de los actores sociales, cómo las personas construyen, vivencian y otorgan significados a sus prácticas de manera situada.

Diseño y organización del contenido

Esta tesis tiene como protagonistas a trabajadoras y trabajadores de la industria farmacéutica, específicamente, a las y los APMs de diferentes laboratorios. A fin de resguardar su anonimato, los nombres de las personas son ficticios. A lo largo de los siguientes capítulos expondré sus diversas perspectivas en relación con la temática específica de cada capítulo. A fin de facilitar la lectura del contenido, considero pertinente realizar algunas aclaraciones. En primera medida, para evitar que la lectura resulte monótona y repetitiva, emplearé la sigla APM, así como los términos visitadora médica y visitador médico de manera indistinta. Los párrafos y términos escritos en itálica corresponden a narraciones y expresiones literales referidas por mis interlocutoras es interlocutores. A lo largo de todo el trabajo, se encontrarán tanto en forma de diálogo como en forma de texto integrados en los párrafos, dependiendo del desarrollo de la narración. Por último, me refiero a los laboratorios "nacionales" siempre de esta manera. Sin embargo, utilizo los términos "extranjeros", "internacionales" y "multinacionales" como conceptos intercambiables para referirme a los laboratorios, precisamente, extranjeros.

Utilizo las "comillas dobles" para referirme a categorías nativas y términos propios del campo de la industria farmacéutica. Con respecto al lenguaje inclusivo, me refiero en términos binarios (femenino y masculino) debido a que considero que es la forma que mejor representa a este campo en particular y a las especificidades de las personas con las cuales he trabajado.

En base al trabajo etnográfico realizado en el año 2019 focalizaré el análisis en las interacciones sociales entre APM y los diferentes profesionales de la salud durante las "visitas médicas" observadas en tres instituciones públicas (que llamaré Hospital Público N°1, Hospital Público N°2 y Hospital Público N°3) y dos instituciones privadas (que mencionaré Hospital de Comunidad N°1, Hospital de Comunidad N°2)[5]. El Hospital Púbico N°1 es un Hospital General de Agudos, nivel III de alta complejidad, el Hospital Púbico N°2 es un Hospital Especializado (materno infantil), nivel III de alta complejidad y el Hospital Púbico N°3 es un Hospital Monovalente (Pediátrico), nivel IV (ultra especializado y centro de referencia nacional). Por otra parte, el Hospital de Comunidad N°1 es un Hospital General, nivel III de alta complejidad y el Hospital de Comunidad N°2 es un Hospital General (multi especialidad), nivel III de alta complejidad. A su vez, describiré y analizaré las interacciones sociales en el ámbito hospitalario entre APMs y trabajadoras y trabajadores de las instituciones de diferentes áreas (secretarias y dirigentes sindicales) y las interacciones entre APMs en dos espacios de socialización: "la salita" del Hospital Público N°1 y durante los almuerzos que compartí con algunos APMs. La elección de los hospitales responde a la delimitación espacial establecida por criterios comerciales de los laboratorios.

En el primer capítulo denominado "*Entre Muestras y Encuentros: La Visita Médica como Espacio de Construcción de Relaciones Sociales en el Ámbito de la Salud",* presento a las y los protagonistas de esta historia. Describo el tipo de medicamento que cada APM promociona y para qué tipo de laboratorio trabaja. Vinculado a esto, muestro los estilos y estrategias que cada APM despliega a la hora de realizar "la visita" y entablar relaciones con las y los profesionales de la salud teniendo en consideración también, si las instituciones que visitan son públicas o privadas.

En "*Geografías del Prestigio: Las Fronteras de Calidad en el Discurso Farmacéutico",* el segundo capítulo, profundizo en las concepciones que las y los APMs tienen y las categorizaciones que realizan de los fármacos y medicamentos. Describo qué consideran "originales", "genéricos" y "copias" y cuál es la significación

[5] La denominación utilizada para las instituciones públicas y privadas responde a la solicitud de las y los AMPs de proteger sus identidades reales. Del mismo modo, he cambiado los nombres verdaderos de las y los visitadores por seudónimos.

que las y los APMs otorgan a dichas caracterizaciones a la hora de distribuir muestras médicas a las y los profesionales de la salud. A la vez, expongo cómo la industria farmacéutica utiliza el rol y el saber médico para construir conocimiento favorable sobre los nuevos fármacos.

Por último, en el tercer capítulo, "*El Obsequio Estratégico: Muestras Médicas, Circulación, Intercambio y la Complejidad de los Vínculos Sociales"* me centro en el significado que las y los APMs atribuyen a las muestras médicas y el rol crucial que estas juegan en las interacciones sociales. Cómo muestras se convierten en objetos clave de intercambio, fundamentales para la construcción de relaciones duraderas, tanto entre las y los APMs como en sus vínculos con las y las profesionales de la salud.

Finalmente, en el capítulo de conclusiones destaco las principales ideas de cada de cada capítulo y planteo algunas posibles líneas de investigación que no he abordado en esta tesis, plausibles de ser analizadas en trabajos posteriores.

1. Entre Muestras y Encuentros: La Visita Médica como espacio de construcción de relaciones sociales en el ámbito de la salud

El negocio de la salud produce enfermedad.
Cuanto más negocio, más enfermedad.
Eduardo Galeano

Históricamente, la Industria Farmacéutica ha sido sumamente prolífica con respecto al lanzamiento de nuevos medicamentos o nuevas combinaciones de drogas. Hasta el día de hoy, una de las formas de promocionar y comercializar esos medicamentos es el encuentro cara a cara con las y los médicos. Y esta es la tarea de las y los APMs. La misma consiste en visitar en los consultorios particulares y hospitales públicos y privados a cada profesional de la salud y, en esa interacción, entregarles muestras médicas de medicación nueva, brindarles información específica sobre la misma y explicarles el valor del nuevo medicamento. La finalidad es convencer a las y los médicos y así incentivar la prescripción de la nueva medicación que cada APM promociona, es decir, que receten "su" marca. Cada APM promociona los productos farmacéuticos que le han sido asignados por el laboratorio. Para esto, además de la formación terciaria que actualmente se requiere, recibe capacitación técnico-científica específica sobre cada medicamento que le corresponde promocionar, además de las técnicas de venta correspondientes al rubro por parte de personal del área de capacitación del laboratorio para el cual la o el APM trabaja. A su vez, además de informar sobre nuevos medicamentos, intentan reforzar la medicación que el laboratorio considera ya "instalada", es decir, la que las y los médicos recetan regularmente. Si bien las y los destinatarios principales son las médicas y médicos, las y los APMs también se relacionan con personal de enfermería, secretarias, trabajadores de seguridad y sindicalistas, quienes muchas veces les facilitan el acceso a los hospitales en general y a los consultorios de cada Servicio en particular. Para que la tarea descripta sea exitosa, las y los APMs deben llevar muestras de medicamentos de consultorio en consultorios y de Servicio en Servicio por el hospital. En eso consiste la "visita médica". De esta manera, las y los visitadores médicos se presentan como la conexión principal entre el laboratorio y las y los profesionales de la salud.

En el presente capítulo describiré y analizaré las diversas formas en que algunas y algunos APMs realizan la "visita médica" en los Servicios de tres instituciones públicas y dos instituciones privadas y las diferentes significaciones que otorgan a esta tarea.

Los recorridos por los consultorios: El inicio

Mi primera "visita médica" la realicé en el Hospital Público N° 1 de la mano de Sergio. Él trabaja para un laboratorio satélite del más reconocido e influyente laboratorio nacional. LLeva veinticinco años en la profesión y cursa una carrera univesitaria en una unversidad privada. Ese día conocí "la salita", espacio de interacción y sociabilidad entre APMs que luego me resultaría de enorme importancia para entender las relaciones que se generan entre los propios APMs en torno a las muestras médicas. Según me comentaron las y los APMs, disponen de "salitas" solo en algunos hospitales públicos. Aquellos hospitales que cuentan con "salita", perciben una remuneración por parte de las y los APMs en concepto de "alquiler". *La salita es una conquista gremial* – me explicó Adriana, delegada sindical de un laboratorio extranjero – *teníamos nuestras casas llenas de cajas, entonces, en los hospitales que hay lugar, pedimos el espacio.*

En el caso del Hospital Público N°1, se encuentra ubicada luego de transitar el pasillo principal, doblando a la izquierda, y saliendo del edificio al fondo. Según los visitadores, solía ser la morgue. Para poder entrar hay que tocar timbre o tener la llave. Sergio es uno de los APMs que tiene llave. El motivo de mantener "la salita" cerrada es evitar los robos y restringir el acceso a las personas que van a pedir muestras de medicamentos. Durante mis vistas transitaron regularmente por "la salita" en busca de muestras médicas pacientes, médicas, médicos, enfermeras, enfermeros y personal administrativo.

Lo primero que se ve al ingresar es una larga escalera de frente que lleva al subsuelo: un ambiente amplio con mesas, armarios y estanterías. Algunas visitadoras y visitadores ubican allí sus muestras médicas mientras otras y otros las guardan bajo

llave en los armarios. Además de medicamentos, allí guardan yerba, gaseosa, galletitas de varios tipos y tienen wifi. Es el lugar donde se juntan a la mañana, desayunan, charlan, arman las bolsas y salen y entran por más muestras médicas para distribuir.

En “la salita” de éste hospital se reúnen las y los APMs que tienen asignada la zona Constitución-Sur, por tanto, pueden encontrarse visitadoras y visitadores del mismo laboratorio pero que promuevan diferentes líneas (antibióticos uno, antiácidos otro, por ejemplo). Sin embargo, generalmente es raro ver dos APMs del mismo laboratorio en el mismo hospital. De esta manera, las y los visitadores no se superponen a la hora de visitar médicas y médicos. Como describiré más adelante, “la salita” también es un espacio donde intercambian muestras médicas entre sí según las necesidades personales que cada visitador o visitadora tenga.

Durante las ocasiones en que estuve en "la salita", pude observar que el intercambio de muestras médicas ocurre por diversas razones: con el fin de tratar afecciones propias o de algún familiar, o para satisfacer la demanda de algún médico, médica, enfermero, enfermera o secretaria que hubiese solicitado un medicamento que el APM en cuestión no promueve. En este sentido, las muestras circulan generando redes de sociabilidad que analizaré más adelante.

Sergio me citó en el Hospital Público N°1 a las 8:30 de la mañana. Llegué puntual. Él me estaba esperando parado en la puerta de entrada. Me saluda y me informa *Vamos a “la salita”*. Ingresamos al hospital, yo lo sigo. Transitamos el pasillo izquierdo hasta el estacionamiento, llegamos y del baúl del auto de Sergio sacamos muestras médicas que traía de su casa. Entramos a “la salita”. Había tres APMs tomando mate y armando bolasa. Sergio me presenta – *Ella es mi profesora de la facu y está haciendo una investigación sobre nosotros*. Uno de ellos contesta sonriendo – *Hola yo soy Javier, acá vas a tener material, asique lo que necesites…”*- Más adelante tendría la posibilidad de explicar con más detalle de qué se trataba mi trabajo y que no los estaba “investigando” a ellos.

En ese momento, Sergio comienza a “armar las bolsas” con muestras médicas para distribuir. Yo le ayudo siguiendo sus indicaciones.

Desde el sentido común, entendemos por "medicamentos" a cualquier sustancia o producto que se utiliza para aliviar o “curar” enfermedades. Generalmente, se

consideran medicamentos a las pastillas, jarabes e inyecciones que podemos adquirir en las farmacias ya sea mediante una prescripción médica o no. Desde una perspectiva teórica, el término « medicamento » refiere a la combinación de uno o más fármacos con otras sustancias farmacológicamente inactivas (excipientes) que tiene propiedades para prevenir, tratar o aliviar los síntomas de enfermedades[6]

Las muestras que lleva Sergio no son de las que desde el sentido común entendemos por "medicamentos". Son muestras de suplementos dietarios y nutricionales (en forma de polvo solubles en agua) que tienen variantes para bebés y para adultos mayores. Estas muestras se presentan en forma sticks de cinco gramos. Al ser medicamentos de venta libre, se pueden comprar sin receta en farmacias y algunos supermercados, sin embargo, para las personas que cuentan con obra social que los incluyan en su vademécum, recetados, resultan ostensiblemente más baratos.

Con Sergio armamos doce bolsas. Yo tomo seis, tres en cada mano y comenzamos el recorrido hacia el Servicio de Pediatría.

En el Servicio, el camino obligado para acceder a las médicas y médicos es a través de la sala de espera donde las madres (eran todas mujeres, no había varones) esperan que sus hijas e hijos sean atendidos. Atravesamos la puerta que se encuentra al lado de la ventanilla de recepción y Sergio entra directamente al espacio de la recepcionista. Ella no estaba. Sergio toma un papel y escribe los nombres de las médicas y médicos pediatras que por supuesto ya conoce. Sus "visitas" reiteradas y habituales al servicio hacen que sepa qué médicas y médicos atienden en el Servicio, lo que no sabe fehacientemente, es qué día atiende cada profesional. Esta situación revela importantes dinámicas de poder y jerarquías que subyacen al rol del APM como representante del laboratorio. Si bien en los hospitales públicos el tránsito de las y los APMs es menos restringido que en los privados, el hecho de que Sergio cruce la puerta y entre directamente al espacio de la recepcionista sin pedir autorización, muestra que tiene un acceso privilegiado al lugar. Como en todos los espacios, el acceso a la oficina de la recepcionista está regido por ciertas normas. Que Sergio entre sin permiso, incluso estando la recepcionista ausente y disponga de los elementos que allí se encuentran (papeles, birome), indica que ha logrado establecer relaciones que lo ubican en una

[6]http://clinicalevidence.pbworks.com/w/file/fetch/63221075/farmaco_2c%20droga_2c%20medicamento.pdf

posición de poder que le permite moverse con libertad, sin acatar las normas habituales de ingreso a dicha oficina. El lugar es reducido. Hay espacio para una sola persona. En ese momento llega la recepcionista. Sergio la saluda con un beso y me presenta como "una compañera". La recepcionista se llama Carla. Es entonces cuando Sergio comienza a preguntarle qué médicas y médicos estaban atendiendo ese día *¿Está Martínez? ¿Está Gómez? ¿Está Pérez?*- preguntaba.

A medida que Carla le va respondiendo por si o por no, Sergio chequea en su papel quienes están y quienes no. Finalmente, estaban todas y todos con excepción de uno. Sergio se guarda el papel en el bolsillo del saco.

- *¿Para qué lo guardás?* – le pregunto.
- *Esta es "la tira", ahora cuando vamos a "la salita" se la paso a "los valija" por si alguno quiere 'pintar' algún médico.*

Años atrás, los visitadores médicos eran identificados fácilmente debido a un rasgo distintivo: la tradicional valija de cuero donde llevaban las muestras de medicamentos. Hoy en día pueden esas valijas han sido reemplazadas por bolsas con los logos o marcas de los laboratorios para los cuales cada APM trabaja.
"Pintar" un médico significa informarlo al laboratorio como visitado sin haberlo hecho. Esto debe coincidir con el día que la o el médico efectivamente se encuentra trabajando en el hospital.

En el Servicio, los consultorios están dispuestos en una especie de isla rectangular que separa la sala de espera de pediatría de la sala de adolescencia que se encuentra del lado opuesto. Con Sergio comenzamos a recorrer consultorio por consultorio entregando las muestras médicas. Él entra primero y yo voy detrás, también con bolsas en la mano. En el primer consultorio en el que entramos había dos médicas. Una tomaba café y la otra, sentada, se limaba las uñas mientras miraba el noticiero en la televisión que colgaba de un soporte de la pared.

- *Cerrá la puerta* - me indica una de ellas. Yo la cierro al tiempo que escucho el llanto de un bebé.

-*Porque no entienden que nosotras tomamos café también* - me dice la compañera sin que yo dijera nada. Sonrío.

- *Ya pasó* - dice la primera dirigiéndose a Sergio.

- *Si, muy rápido* - responde él al tiempo que me mira y me aclara - *Por el cumple de Mariana me lo dice.* Mariana es la hija de Sergio y había festejado sus 15 años el fin de semana anterior.
- *¿Estuvo lindo?*

- *¡Si, re lindo! Les dejo las muestras, ¡recetenme!* - ordena Sergio dando por terminada la conversación.
Nos despedimos de las médicas con un beso y salimos del consultorio. Seguimos. *Ella es una compañera* - me presentaba a las médicas y médicos del Servicio a medida que transitábamos por los consultorios entregándoles las bolsas con muestras médicas. En el siguiente consultorio el médico estaba atendiendo, por lo tanto, Sergio entró y dejó la bolsa con las muestras sobre una silla sin mucha explicación. En el último consultorio que visitamos, un médico de mediana edad y una joven que supuse sería residente nos atienden en la puerta *¡Dale, recetame!* - dice Sergio -*¡Esto sale $350 y la otra marca sale mucho más!* El médico, con actitud displicente, replica que *en ese hospital las madres no suelen dar ese producto a sus bebés.*

- *Este médico nunca me receta lo que yo le dejo* – protestó Sergio cuando salimos del consultorio. Así, dejamos pediatría y nos dirigimos a Riego Medio.

Durante el trayecto pasamos por la puerta de un pequeño consultorio que se encontraba en el medio de un pasillo sumamente transitado pero alejado del Servicio. Entramos. Sergio saluda rápidamente a la médica que revolvía un cajón de su escritorio y le entrega una de sus bolsas.

¡Traeme más para la gente pobre! – solicita la médica - *en el consultorio te receto.*

¡Recetame! – le ordena Sergio sin más consideraciones. *Está acá porque está medicada y a ver si hace cagadas con algún pibe* – me explica haciendo referencia al estado de salud de la médica.

Este diálogo pone en evidencia una negociación implícita entre Sergio y la médica, basada en un intercambio mutuo de prestaciones y contraprestaciones. La médica le solicita a Sergio más muestras de medicamentos con el argumento de que son para "la gente pobre" del hospital que, al ser público, recibe a personas de bajos recursos. Para asegurarse que Sergio le provea de muestras médicas, termina su frase recalcando que, a cambio de esas muestras, en el consultorio recetará la marca del medicamento que Sergio promueve. En respuesta, Sergio exige de manera directa, sin rodeos, que la médica le recete los medicamentos que él promueve, dejando claro que su interés principal es aumentar las prescripciones de los productos que representa.

Llegamos al Servicio Pediátrico de Riesgo Medio. Sergio entra cantando -*"Ooohhh vamos a volveeeer…"*. Porque según él *La Jefa del Servicio es bastante "gorila*[7]*" pero la secretaria es "compañera"*[8]*. Le pone Sui Generis a propósito* – me explicaría más tarde – *Yo le dejo muestras para un compañerito del hijo que vive en un barrio carenciado… no sé bien como es la historia igual.*

Le deja una bolsa a la secretaria para la médica y otra para ella…también le entrega cápsulas anti-age, un producto de venta libre (OTC)[9] que un laboratorio satélite del grupo al que pertenece el laboratorio para el que trabaja Sergio estaba "sacando al mercado".

En Riesgo Medio se realiza el seguimiento de las niñas y los niños derivados del Servicio de Alto Riesgo donde se atienden patologías complejas que requieren atención interdisciplinaria. Los consultorios estaban atiborrados de personas. La mayoría eran menores de 3 años con bigoteras colocadas en sus fosas nasales. Transitábamos por el Servicio sin entablar conversación con las médicas y médicos.

[7] Coloquialmente caracteriza a toda persona antiperonista.
[8] Para los militantes peronistas el término "compañera" o "compañero" refiere a un sentimiento en común de solidaridad, militancia y pertenencia al interior del movimiento peronista.
[9] Por sus siglas en inglés que significan "Over The Counter". Medicamento que puede comprarse sin receta médica.

Mientras yo sostenía las bolsas, Sergio entraba y salía rápidamente de los consultorios dejando muestras. También dejaba, sobre escritorios y mostradores, calendarios con el nombre del laboratorio que armaba en el momento en forma de pirámide porque - *La marca es importante, un enfermero por ahí la ve y le dice a la madre "compre ESE medicamento"* – me explicaba con énfasis.

Sergio sabe hacia dónde dirigirse. Uno de los consultorios estaba vacío. Entramos. Abrió el armario y encontró el medicamento que él promueve, pero de otro laboratorio. - *¿Ves? Este que es de la competencia, lo pongo atrás* – me dice empujando las muestras del otro laboratorio hacia atrás y dejando las suyas a la vista.

"La visita" con Sergio, me ha permitido observar un tipo de interacción e intercambio que se produce entre el APM, médicas, médicos y enfermeras a través de la entrega de muestras médicas. Sergio demuestra un alto grado de familiaridad con los espacios y las personas, lo que refleja relaciones sociales a largo plazo. El hecho de que Sergio conozca los nombres de las médicas y médicos pediatras, sus posicionamientos ideológicos, da cuenta de la regularidad con la que visita los servicios en el hospital. Estas estrategias que Sergio despliega en el momento de entregar las muestras médicas colaboran con el mantenimiento de las relaciones continuas en el tiempo. Además, refuerzan su influencia y posicionamiento dentro del entorno hospitalario.

Javier y Joaquín, dos caminos hacia la receta perfecta

En "la salita" conocí a Javier la primera vez que fui con Sergio. Cuando volvimos de hacer "la visita", Javier todavía estaba allí, entonces le pregunté si podía contactarlo para hacer "la visita" con él. Me dio su contacto y así fue que comencé a acompañarlo. Javier lleva cuarenta años en la profesión, son sus años de experiencia, tanto para él como para el laboratorio para el que trabaja, lo que le otorgan legitimidad a su saber sobre los fármacos. La "visita médica" acompañándolo tuvo características peculiares. Javier "lleva" muestras de cremas que produce un laboratorio nacional. Con él, en "la salita", armamos ocho bolsas. Mientras lo hacíamos, me explicaba que estaba promocionando un producto nuevo, una crema con nueva fragancia. Por tal motivo, además de las muestras, incluimos en las bolsas una pequeña crema original

especialmente destinada a las médicas y médicos. Fuimos a pediatría, el mismo Servicio que visité con Sergio días atrás. Llegamos y Javier, a diferencia de Sergio, no le pide a Carla "la tira", en cambio, le deja una bolsa con cremas para ella. El suplemento nutricional que promociona Sergio posiblemente no tenga el mismo atractivo que las cremas que promociona Javier.

Por otra parte, no tuvimos necesidad de recorrer los consultorios uno por uno. Cuando las médicas y los médicos lo vieron se acercaron a preguntarle qué traía en las bolsas. A medida que se acercaban, Javier les iba explicando uno por uno utilizando el mismo discurso: e*l nuevo producto tiene una nueva fragancia, viene crema y emulsión, además, en la bolsa hay una crema original especialmente para usted.*

Uno de los médicos pregunta - *¿Esa crema nueva tiene ácido hialurónico? porque yo la uso para la cara.*

- *No, no tiene* – le contesta Javier.

El médico hace un gesto de desdén y vuelve a su consultorio. Es el mismo médico que días atrás había argumentado que, el producto que Sergio promociona no es utilizado por las y los pacientes de pediatría en ese hospital.

A través de Javier conocía a Joaquín. Este, trabaja para un laboratorio nacional muy reconocido. Es APM desde hace cuarenta y dos años y durante los últimos veinte llevó las líneas pediátricas de neumonología y otorrino. Al igual que Javier, los años de experiencia legitiman su saber farmacológico. Para el momento en que realicé trabajo de campo se encontraba en un período transicional porque le estaban reasignando zona y espacialidades médicas - *El laboratorio está cerrando las líneas de neumonología y otorrino porque ya no le son rentables* – me explicó Joaquín con un dejo de tristeza.

Con él fuimos al Servicio de Pediatría del Hospital de Comunidad N°2 que se encuentra en el cuarto piso. Subimos por la escalera. Antes de comenzar el recorrido por los consultorios, se acerca al mostrador y les entrega muestras médicas a las recepcionistas resaltando en su discurso la marca del medicamento que les entrega.

En todos los consultorios que "visitamos" nos quedamos parados esperando que la o el médico abriera la puerta y saliera el paciente que estaba siendo atendido. *Aunque todos me conocen desde hace muchos años yo me manejo de esta forma, con respeto*

– me explicaba. En todas las ocasiones, el paso por el consultorio fue breve. Joaquín entrega las muestras médicas nombrando la droga y resaltando la marca en todos los casos sin excepción.

Cuando una médica que nos cruzó en el pasillo y le preguntó - *¿Tenés Diclofenac*? Joaquín respondió - *Dioxaflex, mañana te traigo.*

Con Javier hicimos "la visita" en un hospital público. Sin embargo, a diferencia de Sergio, él no ingresa a la oficina de la recepcionista sin permiso ni intenta empatizar desde la perspectiva ideológica. Le entrega una bolsa con cremas por la ventanilla. Además, las características del producto, el hecho de ser crema, definió la forma de distribución de las muestras. El atractivo que las cremas tienen para la mayoría de las y los médicos hizo que fueran ellos quienes se acercaran a solicitarlas a Javier y no a la inversa.

A diferencia de Javier, con Joaquín hicimos "la visita" en una institución privada, por lo tanto, el tránsito por los pasillos y el ingreso a los consultorios presenta una dinámica más restringida que las que pude observar en los hospitales públicos. De todas maneras, el estilo de este APM es más conservador. Él espera afuera de los consultorios y se circunscriba a una breve interacción en la que entrega las muestras médicas, nombra la droga y destaca la marca en todos los casos. Si bien recibe los pedidos de todas las personas que lo interceptan en los pasillos, su estrategia se centra en asegurar la presencia de la marca en la mente de las y los médicos de manera directa y repetitiva. Los relajantes musculares que promociona Joaquín y los polvos que promociona Sergio, tal vez no resulten tan atractivos como las cremas de Javier, por tanto, probablemente, esto contribuya con la manera que cada uno de estos tres APMs tiene de desempeñar su tarea y de establecer relaciones relacionarse con las y los profesionales de la salud.

Durante la visita médica se produce una situación de encuentro entre el médico o la médica y la o el APM. Dicho encuentro, generalmente sucede en el consultorio, no obstante, algunas veces, en los hospitales, transcurre en los pasillos de los Servicios. Aunque dicha situación de encuentro casi siempre está mediada por la entrega de muestras médicas, la manera en que cada una de aquellas transcurre varía notablemente. En general, todas y todos los visitadores médicos llevan muestras de

medicamentos, pero la forma de distribuirlas e interactuar con las y los médicos presenta características diferentes según el tipo de laboratorio que cada APM representa, el tipo de medicamento que promociona y si la institución es pública o privada. Cada APM se presenta con sus bolsas cargadas de muestras médicas en los Servicios que le corresponden según el tipo de medicación que promociona y las distribuye, generalmente, consultorio por consultorio.

Equidad Selectiva: Cuando la distinción social choca con la tensión de género

Contactarme con APMs mujeres y que aceptaran que las acompañara a realizar "la vista" resultó significativamente más complejo que con los APMs varones. Sin embargo, durante las conversaciones que mantuve con las tres mujeres que accedieron a que las acompañara a hacer "la visita", evidenciaron en sus discursos, algunas diferenciaciones que los varones APMs no habían expresado con tanta contundencia.

Conocí a Paloma en el Servicio de Pediatría del Hospital Público N°1. Lleva diez años como visitadora médica y cuenta con estudios secundarios completos. En ese momento, estaba reemplazando a una compañera que estaba de licencia por maternidad en un laboratorio nacional. Al tiempo que preguntaba qué médicos estaban atendiendo esa mañana, sacó de su bolso una agenda electrónica y "volcó" en ella la información que le proporcionaba Carla, la recepcionista del Servicio. Luego, nos pusimos a charlar. Paloma lleva muestras médicas de medicamentos pediátricos para afecciones bronquiales. Pero estas muestras médicas tienen una particularidad: son de una línea de medicina "solidaria" del laboratorio, es decir, una línea de bajo costo. Esto significa que los medicamentos de esta línea contienen la mitad de los miligramos de droga que contiene el medicamento tradicional.

- *Al dueño del laboratorio le interesa ayudar, por eso lanzaron esta línea. Es para la gente de bajos recursos* – me explicó.

Paloma no repartió las muestras de medicamentos consultorio por consultorio. Llevaba una bolsa en cada mano repletas de muestras que entregó a un médico que, sin darles mayor importancia, las guardó en una sala bajo llave.

Durante la charla, accedió a que yo la acompañara a repartir muestras médicas al Hospital Público N°2. Fue así, que, a la semana siguiente, me citó en un estacionamiento que se encuentra en los alrededores de dicho hospital. Cuando llegué, Paloma ya estaba allí con las puertas del auto abiertas de par en par y colocando muestras médicas en cajas de cartón que tenía dentro del baúl. *Estoy esperando a una enfermera que va a traer un changuito, así no hacemos fuerza* – me dijo.

Efectivamente, a los pocos minutos llegó una enfermera. Entre las tres traspasamos las cajas de cartón con muestras médicas al changuito de supermercado y, siguiendo las indicaciones de la enfermera, nos dirigimos al hospital.

"La vista" se transformó en una recorrida por los diferentes Servicios, dejando las cajas de cartón, principalmente, a las enfermeras, hasta que una de ellas nos dijo - *No nos dejen que tenemos un montón, ya tiramos vencidas.*

Cuando indagué sobre esta manera de distribuir las muestras en grandes cantidades indiferenciadas, me respondió - *Dejo todo junto porque es una línea de bajo costo, es social, entonces es de venta fácil por el precio bajo. Al ser una línea de medicina solidaria, no tiene bioequivalencia*[10]*, es sobre todo un recordatorio de la marca* – agregó.

Las características del producto que promociona Paloma resultan sumamente relevantes a la hora de analizar la forma masiva en la que ella los entrega y la manera indiferente en que son recibidos por médicas, médicos y enfermeras. Estos productos, que no cumplen con el principio de bioequivalencia, no despiertan gran interés entre las y los profesionales de la salud. Como consecuencia, tienden a acumularse durante largos períodos de tiempo y, en consecuencia, vencerse.

Desde una perspectiva social, el texto revela cómo las muestras médicas de bajo costo están vinculadas a dinámicas diferenciales de acceso y calidad en el consumo de medicamentos para la población. Cuando Paloma describe las muestras que promociona como "línea de bajo costo" y "de medicina solidaria", explicita claramente que estas, están destinadas a sectores vulnerables. Sobre todo, cuando afirma que no

[10] La bioequivalencia implica la igualdad de efectos biológicos de dos medicamentos que, por lo tanto, pueden intercambiarse sin que sus efectos se modifiquen (tanto los terapéuticos como los posibles adversos). La bioequivalencia debe demostrarse mediante ensayos clínicos.

cumplen con el principio de bioequivalencia. De esta manera, las personas de bajos recursos están recibiendo productos de menor calidad, lo cual perpetúa desigualdades en el acceso a tratamientos efectivos. Este aspecto resulta crucial, ya que la bioequivalencia garantiza que un medicamento genérico tenga el mismo efecto terapéutico que su equivalente original. Lejos de ser una estrategia inclusiva, esta diferenciación entre el medicamento para la venta "tradicional" y la "línea de bajo costo" establece y reproduce la condición de las personas de bajos recursos como consumidores de segunda categoría perpetuando así las inequidades al interior del sistema de salud.

Mientras Paloma considera las muestras médicas que distribuye en forma masiva representan una ayuda social y económica para las personas de bajos recursos, las perspectivas de las APMs mujeres que trabajan para laboratorios multinacionales difiere sustancialmente.

A Julia la conocí a través de Adriana, una APM dirigente sindical conocida de Sergio. Julia trabaja para un laboratorio multinacional, en su caso, tiene a cargo la línea cardiológica y, el medicamento que actualmente promociona, está prescrito para una patología relacionada con el buen funcionamiento de sistema cardiovascular llamada fibrilación auricular. Cuenta con veinte años en la profesión y con algunas materias de la carrera de medicina cursadas en una universidad pública. Con ella, realizamos "la visita" en el Hospital de Comunidad N°1.

Nuevamente, como había experimentado con Joaquín en el Hospital de Comunidad N°2, la dinámica no es la misma que conocí en los hospitales públicos. Las y los APM esperan afuera de los consultorios con mucha más paciencia, no deambulan por los pasillos, no entran a su antojo y no abren muebles ni cajones. Esperan "pacientemente". Mientras esperábamos al cardiólogo Julia me explicaba - *Nosotros no podemos dar muestras ni pagar congresos. Eso se considera un soborno. Eso está muy restringido, podemos dar algunas muestras pero a discreción. Las multinacionales están muy rompe pelotas con las compliance ¿viste? tenés que hacer la descarga de producto por producto de cuántas muestras le dejás a cada médico en el sistema. Porque el inventario de muestras tiene que ser lo más limpio posible. Los laboratorios nacionales eligen visitadoras y visitadores también, con un temple de*

bancarse desarmar todos los meses 300, 400 cajas de muestras, armar las bolsas, llevarlas…en cambio nostoras por "compliance" no canalizamos tanta muestra, sabemos trabajar con la palabra.

Las y los APMs que trabajan para laboratorios multinacionales o "multis" tienen algunas restricciones que no tienen las y los visitadores de laboratorios nacionales. Al trabajar para filiales de laboratorios extranjeros deben conducirse según las normas que rigen en los países de origen. Entre ellas se encuentran las "compliance". Estas, son normas éticas que tienen la finalidad de evitar conflictos de intereses entre APMs y médicas y médicos. Entre dichas normas se encuentra la prohibición de otorgar contraprestaciones a las y los médicos a cambio de prescripciones. Debido a estas normas de "compliance" las y los APMs que trabajan para laboratorios extranjeros manejan una cantidad de muestras notablemente inferior a las y los APMs que trabajan para laboratorios nacionales.

Cecilia puso el mismo énfasis que Julia en diferenciar el trabajo de las y los APMs de laboratorio nacionales y multinacionales destacando la importancia de la palabra sobre la cantidad de muestras que cada APM puede distribuir. Cecilia trabaja, desde el año 2003, para una compañía farmacéutica que depende de un reconocido laboratorio internacional que tiene su casa matriz en Estados Unidos.
A mí el médico me receta porque tiene la convicción de que quiere que el paciente tenga mi marca. Igual esto se da en muy pocos casos… y ahí está el laburo del visitador, justamente porque vos tenés que lograr que el médico cuando recete ponga entre paréntesis la marca […] Hay laboratorios que invaden el mercado de muestras. Yo como ya nací y mamé en este laboratorio esta forma y este formato, sé laburar sin inversión, sé laburar cara a cara con un médico, sé laburar por vínculo, sé laburar por presencia, hacer otro tipo de trabajo, con un poquito más de nivel – me explicó convencida.

Este discurso circula de forma habitual entre las y los APMs que trabajan para laboratorios extranjeros. La dinámica de distribución de muestras médicas que pone en práctica Paloma difiere notablemente de la que implementan Julia y Cecilia. A

partir de esta diferencia, éstas últimas hacen hincapié en el poco manejo de muestras en contraposición con la gran cantidad que distribuyen los laboratorios nacionales, ponderan la palabra, la forma de transmitirla "con propiedad", según Julia y Cecilia, un trato "con un poquito más de nivel". De esta manera, expresan una clara diferenciación y jerarquización tanto de los laboratorios como de las y los APMs que trabajan para cada uno de ellos.

La distinción que Julia y Cecilia establecen entre APMs de laboratorios multinacionales y nacionales se inscribe en una lógica de colonialidad, donde lo europeo se asocia con mayor prestigio, sofisticación y nivel, mientras que lo nacional se vincula con prácticas más rudimentarias y dependientes de estrategias materiales. Esta diferenciación reproduce la matriz colonial del poder, la cual, a través del control sobre las formas de conocimiento, se impone un saber eurocéntrico que se jerarquiza a la vez que se descalifican y marginalizan otras formas de conocimiento. De esta manera, la palabra y la persuasión se erigen como atributos de distinción, mientras que la distribución masiva de muestras médicas se percibe como una práctica de menor nivel. El énfasis en "haber nacido y mamado en este laboratorio" sugiere la internalización de prácticas y valores que reproducen dinámicas de poder establecidas, mientras que la referencia a trabajar "con un poquito más de nivel" indica la existencia de jerarquías simbólicas al interior de la industria farmacéutica. A su vez, Julia expresa dos dimensiones del trabajo claramente diferenciadas y valoradas: por un lado, la labor física y repetitiva de desarmar y armar cajas de muestras, cargar bolsas y distribuirlas; por otro, el trabajo intelectual asociado al manejo de la palabra y el discurso. Este contraste sugiere una segmentación del trabajo basada en la una estructura colonial, aún persistente, donde se confiere mayor prestigio al trabajo intelectual, mientras relega las tareas manuales a una posición subordinada.

Pero estas mujeres APMs, además de manifestar estas jerarquías entre lo nacional y lo internacional y lo nacional, lo superior y lo inferior, lo intelectual y creativo versus lo manual y repetitivo, en sus narrativas, también expresan distinciones de género.

- *"La mayoría de los laboratorios nacionales no toman mujeres* – me había contado Julia - *Los mejores laboratorios nacionales no toman mujeres* – se corrije - *Roemmers, Bagó y Mompellier que es un brazo de Bagó no toman mujeres. El que tienen mujeres*

es Raffo. Tiene un montón de mujeres, pero tiene un target de mujeres muy populares. Es una bajada cultural. La mujer distribuidora de laboratorios nacionales es una mujer más callejera, vos la ves más guarra, que se relaciona con el médico desde otro lado, porque el laboratorio tiene ese tipo de medicamentos, medicamentos populares, de menos costo. A las mujeres de las multinacionales se les pide un poquito más de piné."

La afirmación "los mejores laboratorios nacionales no toman mujeres" muestra una exclusión basada en el género que da cuenta de la persistencia de las jerarquías coloniales que perpetúan las inequidades de género. De esta manera, las mujeres quedan ubicadas en una posición subordinada en el mercado laboral, limitando su acceso a ciertas posiciones lo que pone en evidencia cómo las estructuras patriarcales herederas del colonialismo siguen estableciendo fronteras para las mujeres, mientras los espacios de prestigio y poder (en este caso, los laboratorios más importantes) quedan reservados para los hombres. Además, la expresión de Julia acerca de que las mujeres que trabajan para laboratorios nacionales son "más callejeras" y "más guarras" que aquellas que trabajan para las multinacionales, a las cuales se les exige mayor refinamiento, responde a una estructura de discriminación que jerarquiza los cuerpos y las formas de relación laboral en función del prestigio del laboratorio. La relación entre la categoría del medicamento y el tipo de mujer que trabaja en su distribución refleja cómo el mercado laboral y las estrategias de posicionamiento de los laboratorios reproducen estructuras de exclusión basadas en criterios de clase y género.

La descripción de las mujeres de laboratorios nacionales como "populares" y la idea de que visitadoras de las multinacionales requieren "más piné" muestra cómo las estructuras coloniales siguen definiendo qué es lo "aceptable" o deseable en términos de imagen, comportamiento y competencias dentro de una jerarquía que favorece a ciertos grupos sobre otros. Por tanto, se pone en evidencia en la cotidianeidad laboral cómo la producción de subjetividades y la distribución de oportunidades continúan operando bajo una matriz de poder heredada de la historia colonial.

Antes del Encuentro: Las Bolsas, su organización y distribución

En los hospitales públicos, las visitadoras y visitadores médicos de distintos laboratorios suelen cruzarse en los pasillos y transitan libremente por los Servicios y, salvo algunas excepciones, también de consultorio en consultorio. En los hospitales privados, por el contrario, golpean la puerta de los consultorios y esperan en los pasillos a que las médicas y médicos concluyan la atención al paciente de turno para luego abordarlos desde la puerta del consultorio. En los dos ámbitos, visitadoras y visitadores también se vinculan con enfermeras, enfermeros y secretarias a través de, principalmente, la entrega de muestras médicas.

Las vistadoras y visitadores suelen recibir las muestras médicas en sus domicilios en forma mensual. Por tal motivo y, según el laboratorio para el cual cada APM trabaje, la cantidad que reciben puede ser realmente abundante. La presentación de las muestras varía según el tipo de medicamento y el laboratorio que las envía. Los comprimidos o cápsulas pueden presentarse como blisters sueltos dentro de grandes cajas o distribuidos dentro de pequeñas cajitas a la vez embaladas en packs de 100 unidades. Tanto las muestras de cremas como de leches y suplementos dietarios generalmente se encuentran embaladas.

Las formas de organizar el manejo de las muestras varía según el estilo que cada APM tiene para realizar “la visita” y, además, de los espacios de que dispongan para guardarlas al interior de los hospitales. Es así que, algunas y algunos APMs guardan las muestras en sus hogares y desde allí arman la cantidad de bolsas necesarias según la cantidad de médicas y médicos que planean “visitar” al día siguiente, mientras que otros, trasladan desde sus hogares las muestras a “la salita” del hospital de su zona donde las guardan y desde donde arman las bolsas para luego repartir.

“Armar las bolsas” consiste en colocar al interior de las bolsas que cada laboratorio entrega a sus APMs con el propio logo, el nombre y el color característico que los identifica, cierta cantidad de muestras médicas (que varía según el medicamento que

se promocione y la cantidad del mismo que la o el APM se disponga a repartir) y un folleto o catálogo referido al medicamento que se está entregando denominado "literatura". Esta última incluye información sobre la droga que, el medicamento en cuestión contiene, el efecto que produce, para qué padecimiento o dolencia está destinado y la forma en que debería administrarse. Como pude ver, las muestras médicas que las y los APMs distribuyen, no siempre refieren a un medicamento nuevo. La mayoría de las veces son muestras médicas médicas de medicamentos ya conocidos por las y los médicos.

Durante el período en que realicé trabajo de campo, pude observar que las expectativas por parte de las y los profesionales de la salud con respecto a las muestras médicas no son homogéneas. Como explicaré más adelante, el buen recibimiento de tales muestras por parte de las y los profesionales de la salud, parece estar estrechamente vinculado con la valoración subjetiva que se les atribuye y con la predisposición de quienes las reciben a interpretarlas dentro de un marco de significado compartido.

"Literatura" de óvulos vaginales del laboratorio Baliarda

"Literatura" de óvulos vaginales del laboratorio Baliarda

"Literatura" de leche en polvo baja en lactora del laboratorio Nutry Baby

"Literatura" de leche en polvo baja en lactora del laboratorio Nutry Baby

En el presente capítulo he introducido al lector en el universo laboral de las y los APMs, específicamente, en la dinámica de "la visita médica". He mostrado cómo las y los APMs entablan y desarrollan relaciones sociales con médicas, médicos, enfermeras y secretarias a partir de la entrega de un objeto que será central durante todo este trabajo: la muestra médica. Además, en el contexto de "la visita", he intentado mostrar los diferentes estilos y estrategias que cada APM despliega a la hora de vincularse con las y los profesionales de la salud durante ese momento de interacción y cómo estos estilos se encuentran vinculados al tipo de medicamento que cada AMP promociona y al tipo de laboratorio para el cual cada uno trabaja. Las y los APMs que trabajan para laboratorios multinacionales, por sus normas de "compliance" distribuyen, tanto en los Hospitales Públicos como en los Hospitales de Comunidad, una cantidad restringida de muestras médicas (como así también de anotadores y biromes) entre las y los profesionales de la salud. Por el contrario, las y los APMs que trabajan para laboratorios nacionales, distribuyen una cuantiosa cantidad de muestras médicas, biromes, anotadores y calendarios entre las y los profesionales de la salud tanto en los Hospitales Públicos como en los Hospitales de Comunidad. En este

sentido, es posible identificar dos variantes plausibles de ubicar en dos extremos. Dentro de los medicamentos que producen los laboratorios nacionales, encontramos la línea solidaria que produce medicamentos de "bajo costo" destinados a la población más vulnerable o con menos recursos económicos, medicamentos que contienen la mitad de la droga que el medicamento tradicional. Con la distribución de estos medicamentos, el laboratorio aspira a que el nombre de la marca esté siempre presente en el imaginario de las y los médicos. En el otro extremo, encontramos los medicamentos que producen los laboratorios multinacionales, los cuales resultan mucho menos accesibles para la población en general. En ambos casos, el objetivo es que las y los médicos prescriban la marca del laboratorio en cuestión.

Mientras Paloma distribuye una enorme cantidad de muestras de medicamentos de "bajo costo" sin casi detenerse a charlar con las y los profesionales de la salud, la "escasez" de las muestras médicas que promociona Julia y, su manejo de la palabra les otorga una significación de mayor status. Conocer a Paloma y a Julia me permitió comenzar a comprender las valoraciones que las y los APMs asignan a los laboratorios nacionales y extranjeros, así como a las visitadoras y visitadores que éstos contratan, pero, sobre todo, evidenció las significaciones que otorgan a los medicamentos y las muestras médicas que cada APM distribuye. De esta manera, las muestras médicas comienzan a cobrar otro sentido en el entramado de relaciones sociales entre APMs de diferentes laboratorios y las y los profesionales de la salud.

En el siguiente capítulo profundizaré en las consideraciones que las y los APMs, tanto de laboratorios nacionales como de multinacionales, poseen acerca de las drogas "originales" y las "copias" con respecto a su eficacia en el tratamiento de los padecimientos. En este sentido, describiré qué entienden las visitadoras y visitadores médicos por droga "original", por drogas "genéricas" o "copia" y cuál es la significación que las y los APMs otorgan a dichas caracterizaciones a la hora de distribuir muestras médicas a las y los profesionales de la salud.

2. Geografías del Prestigio: las fronteras de calidad en el discurso farmacéutico

El saber del amo se impone como único y legítimo,
mientras el saber del siervo se condena al olvido
Paulo Freire

En el presente capítulo abordaré las significaciones que las y los APMs confieren tanto a los diferentes laboratorios como a los fármacos o principios activos y a los medicamentos producidos por cada uno de ellos. Para esto, comenzaré describiendo los diferentes tipos de laboratorios que conforman la industria farmacéutica en Argentina para luego puntualizar en los procesos de investigación y producción y la diferencia entre fármacos y medicamentos originales y genéricos. Luego indagaré en cómo las y los APMs internalizan y reproducen el saber médico que la industria farmacéutica construye y legitima en detrimentos de otros.

El panorama de la industria farmacéutica en Argentina presenta algunas complejidades. En primera instancia, existe una división entre los laboratorios nacionales y los laboratorios extranjeros, transnacionales o multinacionales conocidos por los APMs como "multis". Los primeros, constituyen empresas familiares constituidas, en su mayoría, a fines del S. XIX por inmigrantes europeos del sur. La relevancia de estos como impulsores de la industria farmacéutica en nuestro país puede vincularse con su formación científica en los campos de la química y la salud, conocimientos que trajeron desde su tierra natal. Fusiones, compras y ventas mediante, laboratorios nacionales como Bagó, Roemmers y Andrómaco, fundados en las primeras décadas del S. XX, prolongaron su carácter familiar hasta nuestros días. (Campins, M., & Pfeiffer, A., 2011)

En sus comienzos, la producción de medicamentos era llevada adelante por los boticarios[11], profesionales que, siguiendo las prescripciones médicas, preparaban

[11] Antecesores de los farmacéuticos modernos, trabajaban en las boticas, locales similares a las actuales farmacias durante el S. XIX.

medicamentos combinando, de manera artesanal, extractos vegetales, animales y minerales. Pero, con la aparición de las especialidades farmacéuticas y la producción estandarizada y masiva, esta práctica artesanal fue paulatinamente reemplazada hasta llegar a lo que hoy conocemos como compañías farmacéuticas (Campins, M., & Pfeiffer, A., 2011).

Los laboratorios extranjeros son filiales de compañías farmacéuticas que tienen sus sedes centrales en países foráneos como Estados Unidos, Inglaterra, Alemania, Suiza o Japón. Estos últimos, en su gran mayoría, son laboratorios que realizan investigación y desarrollo tecnológico (I+D). Esto significa que investigan, desarrollan y someten a aprobación nuevos fármacos o principios activos a partir de los cuales luego sintetizan y elaboran nuevos medicamentos o mejoran los ya existentes. Por ser producto de dicho proceso, a estos nuevos fármacos se los denomina "originales". La compañía farmacéutica desarrolladora les pone su marca y, gracias a la Ley N° 24.481, tiene la exclusividad de su comercialización durante 20 años (Gligo, N., Peres, W., & Plottier, P., 2023). Estas investigaciones no se realizan en Argentina. Mientras cada compañía farmacéutica multinacional o "multi" investiga en su país de origen, donde se encuentra su casa matriz, aquellas compañías farmacéuticas nacionales que cuentan con las instalaciones correspondientes, se dedican solamente a la producción. Hacia el año 2020, nuestro país contaba con 354 laboratorios nacionales de los cuales 229 contaban con plantas manufactureras orientadas a la elaboración de medicamentos (Gligo, N., Peres, W., & Plottier, P., 2023).

El proceso de investigación abarca entre diez y quince años. Una vez concluido, el fármaco original, transformado en medicamento, sale al mercado. En este punto se diferencia el fármaco o principio activo propiamente dicho del producto terminado. Todo medicamento contiene un determinado porcentaje de principio activo combinado con cierto porcentaje de excipientes. Este, se comercializa con el nombre de fantasía y la marca, es decir, el nombre del laboratorio que realizó la investigación, o con el nombre del fármaco y la marca. Pasado el período de veinte años durante el cual el laboratorio que realizó la investigación conserva el derecho de la propiedad intelectual del medicamento, la patente se vence o, como me comentaron los APMs, "se cae". A partir de entonces, todo laboratorio se encuentra habilitado para "copiar" el producto

original y lanzarlo al mercado con su propio nombre o marca. Es también el momento en que los laboratorios multinacionales comienzan a investigar una nueva molécula o a mejorar las ya existentes.
Según las y los APMs con los que he conversado, los laboratorios multinacionales que realizan investigación sostienen la exclusividad del fármaco original durante el tiempo que consideran que les es rentable.

-*Las multis son las dueñas de las patentes. Las patentes vencen después de diez años. A partir de ahí la droga es libre para todo el mundo, ósea, ellos ya hicieron el negocio, salvo que ellos te habiliten antes son los dueños de la droga* – me explicó Javier

-*Los nacionales no gastan en investigación, gastan en lo comercial* – me contó Julia refiriéndose a la cantidad de muestras médicas que los laboratorios nacionales distribuyen a las y los médicos.

La Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME) es la entidad que representa a los laboratorios multinacionales. Actualmente se encuentran asociados a ella cuarenta y dos laboratorios entre lo que podemos mencionar a Pfizer, Novartis, Bayer, Johnson & Johnson, Glaxo y Takeda.

En nuestro país no existen laboratorios de investigación. Las investigaciones que se realizan son a nivel gubernamental (CONICET) (Gligo, N., Peres, W., & Plottier, P., 2023).

Mientras los laboratorios internacionales son empresas extranjeras, multinacionales que instalaron sus filiales en Argentina, los laboratorios nacionales se originaron como emprendimientos familiares. Algunos de los laboratorios nacionales más reconocidos son Roemmers, Bagó, Baliarda, Gador, Mompelier, Raffo y Andrómaco. La entidad que los nuclea y representa es la Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA). Hoy en día se encuentran asociados a ella treinta y seis laboratorios.
Los laboratorios nacionales cuentan con dos posibilidades para la producción y comercialización de medicamentos. Una es esperar los veinte años correspondientes

hasta que venza la patente y, la segunda es comprar el fármaco original al laboratorio que realizó la investigación, elaborar el medicamento y comercializarlo con la propia marca. De ambas maneras, los laboratorios nacionales producen los medicamentos denominados "genéricos". Mientras los medicamentos "originales" son aquellos elaborados con los fármacos o principios activos "originales", es decir, investigados, probados y desarrollados por las compañías farmacéuticas multinacionales, a los medicamentos producidos por los laboratorios nacionales se lo conoce como "genéricos con marca" (Aranda, M., & Rosasco, M. A., 2019; Gligo, N., Peres, W., & Plottier, P., 2023).

Con respecto a la categoría "genérico" creo conveniente aclarar que, desde las perspectivas de las y los APMs, se considera genéricos tanto a los principios activos o "drogas" que no son molécula original - osea, las "copias"- como a los medicamentos confeccionados con ellas. A la vez, desde lo legal se considera "genérico" al medicamento sin marca, aquel que no fue producido por el laboratorio que realizó la I+D del principio activo que lo compone. El medicamento genérico debe contener igual cantidad de principios activos, excipientes, forma y composición farmacéutica que el producto de referencia independientemente del origen o característica del laboratorio que lo comercialice, es decir, con las normas de bioequivalencia y bioseguridad (Abrutzky, R., Bortz, G., & Kosacoff, B., 2015; Aranda, M., & Rosasco, M. A., 2019).

-*Para la ley, un genérico es el nombre de la droga sin marca* – me comento Joaquín - *Nosotros, le decimos "copias" o "genérico con marca" a nuestros medicamentos, pero en definitiva siguen siendo genéricos* – me explicó haciendo referencia al que el laboratorio para el que él trabaja es nacional. En esta categoría entran todos medicamentos producidos y comercializados por los laboratorios nacionales, en este caso sí, sin excepción.

Joaquín me explicó esta diferencia con el ejemplo de la amoxicilina - *La amoxicilina original fue investigada por el laboratorio Beecham en 1972 y comercializada con el nombre de Amoxil, después, vencida la patente, otros laboratorios comenzaron a utilizarla para fabricar sus propios productos y ahí surgieron medicamentos con nombres comerciales como el Amoxidal de Roemmers y el Trifamox de Bagó, esas son*

copias. También existe otra posibilidad – agregó – *que es hacer co-martketing con una "multi". Eso hizo Bagó con el sildenafil. La droga original es de Pfizer que es de Estados Unidos. Es el padre de la droga, el que la creó, la desarrolló, investigó y la lanzó. Bagó le compró la droga para sacarlo con el nombre Lumix que era el sildenafil del laboratorio con la misma cantidad de miligramos, todo. Entonces cuando vos agarrabas el comprimido de Bagó, de un lado decía Pfizer y del otro lado decía BGR 50. Por eso uno de los argumentos promocionales con los médicos era "Doctor, Lumix, droga original" entonces le contamos que Pfizer es el investigador de la droga, los otros, la compran en Pakistán.*

Esta referencia a "la compran en Pakistán" nos introduce a la significación que tanto APMs de laboratorios nacionales como de laboratorios multinacionales confieren a los fármacos con los cuales se producen los medicamentos.

-Hay laboratorios que son los creadores de la molécula y no vendieron todavía la patente, y ellos tienen la exclusividad, esa droga es confiable 100% porque es la molécula original y es producida nada más que por ellos – me explicó Sergio, APM de un laboratorio nacional

-Los genéricos no son lo mismo. Son de otra calidad. Los medicamentos genéricos no se hacen en laboratorios de investigación, se hacen con drogas que se compran a Pakistán, Turquía, Rusia, Asia. Son copias. La droga madre, la del investigador, es la droga más confiable. Hay laboratorios que compran la droga en Pakistán, no se la compran a Pfizer sino a droguerías que hacen una copia, pero más trucha. Es como todo, vos vas a comprar a Jazmín Chebar y ahí compras una original Jazmín Chebar. Vas a Avellaneda a un local Jazmín Chebar y te sale menos de la mitad y vos lo ves y decís "esto parece Jazmín Chebar" ¡y lo hacen ahí arriba! pero son calidades distintas – me comentó Javier, APM de un laboratorio nacional.

- […] la droga tiene distintos orígenes también. Vos podés comprar la droga directamente al laboratorio original, que tiene otro valor, acá se compra mucho a la India a China, y es digamos una droga de menor calidad, nos guste o no nos guste no es la misma calidad que un laboratorio europeo o norteamericano - me contó Nicolás,

APM de un laboratorio multinacional con dieciocho años en la profesión, estudiante de medicina.

El discurso que circula entre visitadoras y visitadores médicos en general, tanto de laboratorio nacionales como de multinacionales, es que los genéricos "no son lo mismo". Aunque en todos los casos, los principios activos con los que se elaboran los medicamentos se compran en el exterior, existe una diferencia de calidad dependiendo del país de procedencia. En estos relatos, se evidencia una notable jerarquización y diferenciación entre los principios activos y medicamentos "originales" y los "genéricos". En este sentido, expresan que aquellos principios activos que se utilizan para confeccionar los medicamentos genéricos, en su mayoría se compran a Pakistán, Turquía, Rusia y China. Al no ser moléculas originales, es decir, no desarrolladas por los laboratorios que realizan investigación, se los consideran de una calidad inferior, "drogas de segunda". En consecuencia, el medicamento o producto terminado en base a dichos fármacos asiáticos, no hace el mismo efecto que los medicamentos originales provenientes de laboratorios de Estados Unidos y Europa.

Los medicamentos contienen, además del principio activo o fármaco propiamente dicho, excipientes que, según las y los APMs pueden ser talco, policelulosa, goma arábiga y jaleas, entre otros. Estos últimos aportan el volumen necesario para que el medicamento resulte tangible y la droga sea digerible para el organismo (Gligo, N., Peres, W., & Plottier, P., 2023) Para las y los APMs, la calidad de los excipientes también influye en la jerarquización de los medicamentos originales y los genéricos

- *[…] la fabricación de la droga original es distinta y es de mejor calidad. Es así. Por eso son más caras, y después también los excipientes, todo suma lo mismo, aunque ellos no sé, yo no controlo toda Europa. De Inglaterra, Suiza, EE. UU., de esos lugares son más que confiables, después el resto no es lo mismo, qué se yo, Grecia, Polonia. No sé si hacen tampoco. No es habitual* – me comentó Julia, APM de un laboratorio multinacional.

Algo parecido me explicó Javier, APM de un laboratorio nacional - *[…] los excipientes no son todos iguales, hay algunos que son más económicos que otros, hay comprimidos que salen la mitad hacerlos que lo que salen los originales por los excipientes que les ponen.*

La idea de la superioridad de las "drogas" originales investigadas por los laboratorios multinacionales con sede en Europa y E.E.U.U. como productos 100% confiables se encuentra presente con suma claridad en las narraciones de las y los APMs. Lo que estas afirmaciones, que se presentan tan arraigadas en sus narrativas parecen subrayar, es la idea colonial de superioridad de occidente representado por Estados Unidos y una Europa reducida a Suiza e Inglaterra como referentes de calidad y excelencia, en contraste con la inferioridad de los productos provenientes de los países asiáticos en general. De esta manera se reproducen jerarquías globales. Los fármacos son ubicados geopolíticamente en una escala jerárquica donde aquellos provenientes de Europa y Estados Unidos son considerados excelsos y superiores en calidad frente a los procedentes de los países asiáticos que son considerados inferiores.

Según las y los APMs, para que el medicamento resulte confiable y tenga el efecto que corresponde en el organismo, además de la calidad (pureza) del fármaco propiamente dicho y de los excipientes que conforman el producto terminado, existe un tercer factor, tan importante como los anteriores: las condiciones de elaboración (porcentaje del fármaco, exposición a la luz, hermeticidad, humedad, cuidado en la fabricación).

-El medicamento genérico no lo hace el laboratorio que investigó y elaboró la droga original. Entonces algunos no tienen la misma cantidad de droga. Aunque están autorizados por Salud Publica, son una copia rebajada, no hacen el mismo efecto porque hay diferencia en el porcentaje de drogas. […] La droga madre, la del investigador es la droga más pura por decir. Es la droga a la que uno le puede llegar a tener confianza – me comentó Joaquín, APM de un laboratorio nacional.

- […] lo que pasa es que la droga tiene que tener cuidado de la luz, de la humedad… te puedo asegurar que vas al segundo cordón y en las farmacias están todos los blisters cortados, sin cuidado. Y hay laboratorios que realmente hacen la droga en el fondo de la casa - afirmó Julia, APM de un laboratorio multinacional.

-Hay productores de droga que ponen más atención para que el producto terminado sea excelso y hay otros que le ponen menos. Acá hay laboratorios que tienen muy buenos controles de calidad y hay laboratorios que mezclan todo, lo dividen y si quedó

todo proporcional mejor, pero si a este le quedó un poco más que a este otro menos… - replicó Joaquín, APM de un laboratorio nacional.

Las y los APMs no solo consideran fundamentales el país de origen de los principios activos, su calidad, cantidad y los excipientes utilizados, sino también el lugar y el proceso de elaboración del producto, lo que refleja su desconfianza hacia un sector determinado de la industria farmacéutica. En sus narrativas, esta desconfianza se traduce en una división tajante entre los fármacos y medicamentos producidos por laboratorios nacionales y aquellos elaborados por laboratorios multinacionales, otorgando a estos últimos una posición jerárquica superior. Así lo expresaban dos APMs de laboratorios multinacionales -*Los nacionales son dueños, familias de Argentina que tienen su empresa y compran droga china, hacen el "packaging" y le ponen el nombre. Decime una droga de color…Ibuprofeno, Ibupirac. Es un original. Pero tenés 25 marcas de ibuprofeno en el mercado de la farmacia, y cómo puede ser que el Ibupirac original salga $100 la caja, y tenés ibuprofenos de $12. Eso pasa porque la droga original la tiene Pfizer. La investigó, la desarrolló, tiene todo ese costo, detrás de la droga original como los otros laboratorios multinacionales que tienen que pagar un montón de cosas frente a un depósito donde vos hacés el ibuprofeno lo ponés todo así comprimido (chasquea los dedos) le mandás una caja y lo mandás al visitador* - Julia, APM de un laboratorio multinacional.

En referencia al mismo tema Cecilia, APM de un reconocido laboratorio internacional me explicaba - *[…]nosotros investigamos, tardamos entre 10 y 15 años en desarrollar una molécula, en armar el producto y lanzarlo. Mucho tiempo, mucha plata invertida, mucha investigación. Una vez que el producto está en la calle, nuestra droga es la que tiene todas las pruebas demostradas. El genérico no tiene nada. El genérico lo único que hace es agarrar el tuyo, los excipientes que dice el prospecto, los lleva a un laboratorio X y arma la pastillita sin ningún tipo de evaluación ni nada. Y se dice que el ANMAT, cuando aprueba los genéricos, aprueba una partida, solamente la partida real, la que tiene la cantidad de excipientes que corresponde. Después a la venta sale el resto.*

Estas afirmaciones que separan en forma categórica la efectividad y calidad de los fármacos y medicamentos originales de las "copias" o "genéricos con marca" en

términos de superioridad o inferioridad, se diluyen cuando se expresan acerca de los laboratorios más influyentes, reconocidos y poderosos de nuestro país.

- *El efecto (del medicamento) de un "laboratorio genérico con marca" y un "original" depende de la calidad del laboratorio. Yo confiaría en los laboratorios que tienen una norma. Por ejemplo, Mompelier, Roemmers, la línea de ellos, son laboratorios importantes* – me comentó Héctor, APM de un laboratorio nacional.

- *En general los laboratorios nacionales, los 10 primeros, salvo alguno que otro, son confiables* – afirmó Cecilia, APM de un laboratorio multinacional.

Julia, APM de un laboratorio multinacional, me explicó con contundencia - *Hay laboratorios nacionales que son recontra respetables. El control de calidad de Roemmers, Bagó o Gador es excelente. Son laboratorios de los que nadie duda porque hacen copias excelentes. Ahora no me digas laboratorio "mongopichu".*

Mientras, en líneas generales, la calidad y efectividad de los medicamentos elaborados por los laboratorios más reconocidos y poderosos de nuestro país como Roemmers, Bagó, Gador y Mompelier no son cuestionados, las del resto, en mayor o menor medida, son puestos en tela de juicio.

- *[…] si Novartis te dice "esto tiene 150 mgs. de valsartán" tiene 150 mgs. de valsartán. Si Argentia te dice "esto tiene 150 mgs. de valsartán" no sabés si los tiene o no lo tiene* - Julia, APM de un laboratorio multinacional.

-*Glaxo para el caso, que es los típicos que hacen los PAF, ellos hacen la droga, investigan la droga, hace el producto y venden el producto. Después viene Pablo Cassará y te lo copia. Te lo puede copiar al mismo nivel o te lo puede copiar de menor calidad* – Nicolás, APM de un laboratorio multinacional.

Cuando durante uno de nuestros almuerzos Sergio le preguntó a un compañero que llamaré Horacio, APM de un laboratorio nacional, por una medicación oncológica del laboratorio Aspen, éste le respondió *conseguí un laboratorio menos berreta.*

Pero en lo más bajo de la escala de significación de las y los APMs se encuentran los medicamentos que dispensa la cadena de farmacias Dr. Ahorro. A estos medicamentos los denominan "genéricos sin marca" ya que son producidos por laboratorios que no tienen fuerza de venta ni poder promocional, es decir, no cuentan con APMs para promocionar sus productos.

- *Vos vas al Dr. Ahorro, te compras un antibiótico y por ahí no te hace el efecto que te tiene que hacer el antibiótico. En neurología del Garrahan tenían prohibido que compren productos genéricos porque no les daban resultado, venían a los pocos días los chicos enfermos nuevamente "pero si este chico estaba tratado con tal cosa y venía bien, cómo lo vi tan mal" "no, lo que pasa es que le cambié por tal producto que sale más barato…" "no le cambie por genérico ¡no son buenos!"* – comentó Javier, APM de un laboratorio nacional.

En tanto los fármacos y medicamentos originales son considerados 100% efectivos y cuentan con la total confianza por parte de todas y todos los APMs, las "copias" o "genéricos con marca" cargan con la desconfianza acerca de la pureza, calidad y porcentaje de miligramos de droga y excipientes que se incluyen durante su elaboración. Pero ese cuestionamiento no comprende a los laboratorios nacionales más influyentes y económicamente más poderosos de Argentina. En este sentido, se evidencia en los discursos una muy marcada ambigüedad que se hace manifiesta cuando las y los AMPs ponderan las copias de algunos laboratorios nacionales en detrimento de otros destacando la confiabilidad de los medicamentos de los primeros, siendo que, como ya hemos dicho, todos ellos son copias o "genéricos con marca". A la vez, se manifiestan con una notable contundencia al referirse negativamente a los "genéricos sin marca", medicamentos producidos por laboratorios que no contratan APMs para su distribución. La distinción entre multinacionales, laboratorios nacionales "respetables" y el resto, refleja una jerarquización que responde a dinámicas históricas heredadas del colonialismo donde los sistemas de conocimiento occidentales han sido impuestos como los únicos válidos. Así, la superioridad de los laboratorios extranjeros seguidos por un pequeño grupo de laboratorios nacionales refuerza una lógica en la que ciertos actores dominan el mercado y establecen los

criterios de calidad y legitimidad de los productos. En este sentido, la confianza en los laboratorios más poderosos no es solo un fenómeno económico, sino también simbólico y discursivo. Las y los APMs asocian con una confiabilidad incuestionable a todos los laboratorios internacionales (en su mayoría provenientes de Europa y Estados Unidos), con una confianza tímida a los laboratorios nacionales de renombre, mientras que el resto de los laboratorios nacionales son sistemáticamente cuestionados. De esta manera, la construcción de la "calidad" y la "efectividad" de los medicamentos responde a narrativas impuestas desde centros de poder que legitiman ciertas formas de conocimiento y deslegitiman otras. El cuestionamiento selectivo de la calidad de los medicamentos y la jerarquización de los laboratorios responde a una matriz de poder y una lógica eurocéntrica que tiene raíces coloniales y perpetúa y reproduce desigualdades dentro de la industria farmacéutica.

En la industria farmacéutica, los laboratorios, a través de la capacitación y formación que proporcionan a las y los APMs, establecen discursos, con carácter de verdad incuestionable que determinan la calidad y efectividad de ciertos fármacos y medicamentos en detrimento de otros según sus propios intereses. Ensayos clínicos e investigaciones científicas son presentados por las compañías farmacéuticas como verdades objetivas que las y los visitadores médicos internalizan como tales mediante procesos de subjetivación. Las y los APMs, a través de su formación y prácticas discursivas, reproducen y refuerzan los discursos de verdad establecidos por las compañías farmacéuticas en sus interacciones con las y los profesionales de la salud. Considero importante destacar que los discursos que las y los APMs reproducen, si bien ponderan los fármacos y medicamentos originales por sobre los genéricos, enaltecen a la vez, los productos de los laboratorios nacionales más importantes. A partir de esos discursos que reproducen ese conocimiento acerca de la superioridad de algunos fármacos y medicamentos sobre otros, las y los APMs refuerzan el poder de las compañías farmacéuticas más preponderantes que comercializan sus productos en nuestro país. Esto da cuenta de cómo los discursos de las y los visitadores médicos operan dentro de una lógica capitalista que refuerza el poder de los grandes laboratorios sin cuestionar su posición, lo que es un claro reflejo de la hegemonía y reproducción ideológica dentro del mercado farmacéutico.

Hasta aquí he descripto e intentado explicar las concepciones que las y los APMs tienen sobre las drogas y medicamentos que denominan "originales", producto de

largas investigaciones llevadas adelante por los laboratorios multinacionales y las que denominan "copias", aquellas drogas y medicamentos que son réplicas de los primeros.
En consonancia con el objetivo principal de esta tesis y, para mantener la coherencia narrativa, en este apartado me referiré a la distinción entre los medicamentos "originales" y las muestras médicas. La circulación de estas últimas y su significación como objeto de intercambio serán los ejes principales que abordaré en el capítulo siguiente.

Según lo que pude conversar con varios APMs, en este contexto, el término "originales" adquiere una nueva significación. Dentro de esta denominación entran los medicamentos destinados para la venta, ya sean los producidos por los laboratorios multinacionales como también por los laboratorios nacionales. De esta manera, en este caso, el término "originales" funciona para diferenciar a estos medicamentos de las muestras médicas, las cuales están destinadas solo a la promoción de los primeros.

-El medicamento original es aquel que se encuentra en las farmacias, disponible para la venta; para ser adquirido por las y los pacientes mediante una prescripción médica. Las muestras no se pueden vender, está prohibido. Son para promocionar el medicamento que sí se vende en la farmacia – afirmó Sergio

Según lo que me explicaron las y los APMs con quienes he conversado sobre el tema, el circuito comienza en los laboratorios. Estos envían los lotes de medicamentos a las distribuidoras, éstas a las droguerías -que tienen un stock permanente- y, desde allí se entregan a las farmacias donde las y los pacientes acceden a ellos. Cada farmacia realiza el pedido a las droguerías con las cuales trabaja según sus propias necesidades. No obstante, muchas veces ese circuito se reduce gracias a la tarea de las y los Agentes de Propaganda Farmacéutica (APFs). La tarea de estos últimos consiste en visitar directamente a las y los farmacéuticos con el fin de ofrecerles descuentos en los medicamentos del laboratorio que representan. Estos acuerdos colaboran para que las y los farmacéuticos se inclinen por un medicamento en detrimento de otro a la hora de ofrecerlo a las y los pacientes. Pero estos acuerdos comerciales entre algunos APFs y

las y los farmacéuticos, luego parecen entrar en contradicción con los intereses económicos de algunos laboratorios.

Saberes en Disputa: el poder de los laboratorios en la construcción del conocimiento médico

En nuestro país, se encuentra vigente una ley de prescripción de medicamentos que, entre otros requisitos, induce al médico a recetar por nombre de la droga tanto en hospitales públicos como en hospitales y consultorios privados. De acuerdo con dicha ley, la 25.649, las y los médicos deben prescribir siempre por el nombre genérico, es decir, el nombre del fármaco sin marca. Sin embargo, según el Decreto Reglamentario 9897/03, las y los profesionales tienen la facultad de poder sugerir en la receta, junto al nombre genérico, el nombre comercial del medicamento con la debida justificación.

- […] para los nuestros (medicamentos) que son "genéricos con marca" normalmente disponés del servicio del médico que éticamente…lo ético es la receta para nosotros, ¿ok? No te lo dio un almacenero en un papel, lo ético es la receta profesional. El profesional te puede recetar un producto, por ejemplo: amoxicilina o levotiroxina, que hay mil. Existe una ley que le sugiere al médico recetar no por marca sino por nombre de la droga. Esto se llama receta por DCI. Entonces cuando el médico receta Levotiroxina y no le pone la marca…ahí…la última palabra la tiene el farmacéutico – me explicó Héctor, APM de un laboratorio nacional.

En el relato de Héctor es posible identificar la importancia que le otorga a la prescripción del médico. Haciendo hincapié en el hecho de que el papel "no te lo da un almacenero" sienta su posición con respecto a quién debe tener la potestad de prescribir.

En la Industria Farmacéutica se denomina "mercado ético" al mercado de medicamentos que requieren receta médica. Es decir, se trata de aquellos productos medicinales que solo pueden adquirirse con la prescripción de un médico o médica (Rodríguez Malina, A., 2009) Llamativamente, se vincula estrechamente el carácter de "ético" a la receta. Lo que está escrito en ese papel es lo ético, lo correcto, lo que

deber ser dispensado por la o el farmacéutico sin cuestionamientos. “La prescripción del profesional médico debe ser respetada en su totalidad y sin sustituciones por los farmacéuticos que dispensan la medicación**”** (Rodríguez Malina, A., 2009, p.16)

- *Esta ley, la verdad, le dio al farmacéutico la posibilidad de manejar él el tema porque tiene poder de decisión. Ahora el farmacéutico te cambia la receta y te vende lo que tiene más stock y lo que le da más rentabilidad. Con anuencia del paciente. En realidad, el que decide sería el paciente, pero te imaginás que el farmacéutico te lo maneja* - afirmó con contundencia Sergio.

- *El negocio se lo dejaron en manos al farmacéutico, ese es el problema. Vos sos farmacéutica y hacés tu negocio, no el del laboratorio. Entonces yo te traigo el mío que vale 80, te hago un descuento y te lo dejo a 72. Bueno, viene el otro que también vale 80 y te dice “te hago un descuento del 50, te lo dejo en 40”. Entonces vos vendés el del otro porque te queda un margen enorme, te queda un vuelto ahí. Todo negocio…no esta tan transparente. Por ejemplo, el paciente lleva una receta de T4 de Mompelier, te la lee y vos le decís “mirá, tengo la T4, pero también tengo otra que es más económica” ¿Entendés?* - desarrolló Julieta, APM de un laboratorio multinacional.

Por su parte, Javier, APM de un laboratorio nacional, también se expresó al respecto - *En cuanto le sacaste el poder al médico y se lo dejaste al farmacéutico tenés un problema. El médico receta lo que le parece más conveniente para el paciente. El farmacéutico te vende lo que le resulta más conveniente para el bolsillo. Porque cuando el paciente viene con la receta de amoxicilina el farmacéutico le vende la que le da más ganancia. Después si te hace bien o mal le importa un carajo. El médico si te receta Amoxidal es porque le tiene confianza a Roemmers, sabe que la droga va a estar completa, entonces te pone Amoxidal y no te pone amoxicilina Richet. Al farmacéutico no le importa, si tiene más ganancia te va a vender amoxicilina Richet. Supuestamente te está haciendo un favor porque a vos te sale más barata, pero después vas a tomar eso y no te va a hacer ningún efecto. Porque andá a encontrar adentro de amoxicilina Richet un gramo de amoxicilina en una tonelada.*

- […] ha pasado de anticonvulsivos que …tomá esta que es lo mismo, es una copia" y llaman al médico diciendo "¡usted nos recetó y lo tengo al pibe que se está retorciendo todo!" "y… ¿qué le dio señora? ¿me dice la marca?" "Convulsivex" qué se yo, cualquier cosa. "Pero yo no le receté ese" "pero a mí el farmacéutico me dijo que es lo mismo". El poder tiene que volver al médico – me explicó Nicolás, APM de un laboratorio multinacional.

Tradicionalmente, el rol del farmacéutico ha sido asociado al del profesional que unicamente dispensa a las y los pacientes el medicamento prescrito por "el médico". Esto supone la invisibilización de muchas de sus competencias, entre ellas, el conocimiento sobre los fármacos y sus interacciones. Al contar con un amplio conocimiento sobre medicamentos, enfermedades y tratamientos, las y los farmacéuticos, están capacitados para brindar asesoramiento a los pacientes sobre el proceso correcto de uso de los medicamentos, sus contraindicaciones y la detección y corrección de los posibles efectos secundarios que pudieran surgir derivados de su utilización. Además, cuentan con información detallada acerca de los diferentes sistemas de dosificación, como tabletas, cápsulas y jarabes.

Con el transcurso del tiempo y, debido a la mayor demanda social sobre cuestiones relacionadas con la promoción y prevención de la salud, la profesión farmacéutica ha ido adaptando sus prácticas basadas exclusivamente en la dispensa y venta de medicamentos a una más centrada en el paciente. Las y los farmacéuticos tienen una interacción continua con las y los pacientes que muchas veces deviene en un vínculo más estrecho del que éstos logran desarrollar con médicas y médicos. Esto tiene su explicación en el hecho de que la mayoría de las personas concurren a consultas con médicas y médicos de diversas especialidades, pero, por lo general, compran los medicamentos prescriptos en la farmacia más cercana a su domicilio, donde se encuentran siempre con el mismo farmacéutico o farmacéutica. Es entonces donde el ejercicio de la dispensa activa adquiere relevancia. Esta, consiste en una actitud activa por parte de la o el farmacéutico que implique un diálogo con las y los pacientes, a fin de brindarles una correcta explicación sobre el medicamento más adecuado para cada situación particular, así como las dosis correctas para cada paciente (López Guzmán, J., & Aparisi Miralles, A., 2006; Lorenzati, N. E., & Bertoldo, P., 2012; Puras, G., & Saenz del Burgo, L., 2014)

Estas habilidades de las y los farmacéuticos que van más allá del conocimiento técnico y trascienden la mera entrega física de medicamentos se encuentran totalmente ausentes en los relatos de las y los APMs. Poniendo énfasis en el rédito económico que, según ellos, las y los farmacéuticos intentan sacar de la dispensa de medicamentos, invisibilizan los conocimientos farmacológicos y la función social que cumplen. No sólo los caracterizan como comerciantes, sino también, les confieren un rol pasivo de simples vendedoras y vendedores de medicamentos y, sobre todo, sugieren en sus relatos, la falta de "ética" con que desempeñan su actividad en tanto tienen "el poder" de "cambiarte la receta", lo que implica sustituir el medicamento prescripto por la o el médico por otro. Contrariamente a lo que han expresado sobre la calidad de las drogas y excipientes, las perspectivas de las y los APMs sobre la dispensa de recetas en las farmacias son unánimes. Nuevamente se pone de manifiesto cómo las y los APMs han internalizado los discursos transmitidos por las compañías farmacéuticas. Notablemente, este discurso es reproducido tanto por APMs de laboratorios nacionales como por APMs de laboratorios multinacionales. En sus relatos las y los APMs realzan el rol del médico como actor fundamental que prescribe en función del bienestar del paciente y como palabra autorizada en contraposición al farmacéutico que carece de conocimientos clínicos y dispensa priorizando su propio beneficio económico. Sin embargo, esta visión pasa por alto un factor muy importante: la influencia de la industria farmacéutica en la prescripción médica. El argumento acerca de que "el médico receta lo que le parece más conveniente para el paciente" encubre la manera en que las y los APMs inciden en las decisiones de médicas y médicos a la hora de prescribir, principalmente, a través de la entrega de muestras médicas. En este sentido, "lo más conveniente para el paciente" no siempre parece ser una decisión puramente terapéutica, sino que suele estar mediada por una conveniencia comercial que involucra tanto a profesionales de la salud como a las y los AMPs. En síntesis, estos relatos reafirman el propio rol de las y los APMs dentro del sistema de salud como representantes de la industria farmacéutica y legitiman el rol de médicas y médicos, que son quienes prescriben sus marcas, en detrimento de las y los farmacéuticos, que son quienes pueden intervenir y modificar la decisión de compra de los medicamentos de las y los pacientes. Pero lo más importante en estos discursos no es quién tiene el poder de decisión sobre qué medicamento finalmente compra el paciente. Lo que revelan es cómo los intereses económicos se ponen en juego en el

entramado de relaciones que implica a la industria farmacéutica, APMs, médicas y médicos y farmacéuticos. Con el argumento de que "no les importa" si el medicamento que dispensan "es conveniente para el paciente", las y los APMs sostienen que "el poder debe volver al médico". Bajo esta frase subyacen tanto sus propios intereses económicos como los de los laboratorios nacionales y multinacionales para los cuales trabajan. La convergencia en las narrativas de las y los APMs de laboratorios nacionales y multinacionales sugiere que, más allá de sus diferencias, comparten el interés fundamental de mantener determinados canales de influencia sobre la prescripción médica, que podrían verse amenazados por una mayor participación de las y los farmacéuticos en las decisiones sobre qué medicamentos las y los pacientes finalmente adquieren. Cuando la o el farmacéutico ofrece alternativas al medicamento prescrito, desafía no solo la autoridad médica sino, fundamentalmente, la efectividad de las estrategias comerciales de los laboratorios. De esta manera, la aparente preocupación por la autonomía médica enmascara un interés esencialmente económico que atraviesa a toda la industria farmacéutica.

Como he expresado ampliamente, en los discursos de las y los APMs la figura de "el médico" adquiere una relevancia preponderante. Según lo dicho por visitadoras y visitadores, es el médico quien porta un saber certero e indiscutible sobre qué medicamento es conveniente para tratar a cada paciente en particular. Sin embargo, en sus relatos, a menudo surge una aparente contradicción, ya que, en muchas ocasiones, las y los APMs expresan que son ellas y ellos quienes poseen el mayor conocimiento sobre los medicamentos.

-*La visitadora anterior se le ponía de igual a igual a los médicos* – me había contado Sergio durante un almuerzo que compartimos con Javier - *por eso la cambiaron. Vos podés saber más que el médico, pero si se lo hacés notar, no te receta más nada* – concluyó.

-*Nunca hay que demostrar que se tiene más conocimiento que el médico del producto* – interviene Javier - *Te voy a contar una cosa. Una vez yo a un médico le di una lección catedrática de un producto, le expliqué todo lo que tenía el medicamento, todos los componentes y cuando terminé me dijo "la verdad que vos, lo que me dijiste está*

fantástico, pero no vengas más, el médico soy yo". A partir de ahí digo, "Le averiguo y le contesto la próxima".

Tanto Sergio como Javier exponen claramente que existe una jerarquía establecida donde el médico debe mantener una posición dominante de conocimiento independientemente del saber real. La visitadora puede "saber más", pero debe subordinarse a las estructuras de poder existentes. El ejercicio del saber legítimo lo tienen las y los médicos.

Situaciones como éstas obstaculizan el objetivo principal que es la prescripción del medicamento que cada APM promociona. La no prescripción de la propia marca puede derivar en consecuencias económicas perjudiciales para los laboratorios y, por consiguiente, para las y los APMs. Por tanto, las y los visitadores con quienes he conversado aconsejan no desafiar ese "saber médico" en el ámbito de "la visita médica".

La frase "nunca paso por encima del médico" se hizo presente en diferentes momentos en boca de diversos APMs de todo tipo de laboratorios, tanto nacionales como multinacionales. Sin embargo, la situación descripta más arriba sólo representa la punta del iceberg. Según pude observar en cierta ocasión, son los laboratorios quienes imparten los conocimientos sobre los medicamentos a las y los médicos. Así, cuando "sacan" al mercado un producto nuevo, apelan a ese "saber médico" para transmitir a otras y otros médicos información acerca del nuevo fármaco o medicamento.

-Los médicos son muy celosos de su conocimiento – me había dicho Sergio – *Nosotros ya tenemos productos que están instalados hace años, el médico ya sabe cómo funcionan. Ahora, cuando se saca un producto nuevo la capacitación es muy importante.*

Es entonces cuando los laboratorios recurren a la figura del "speaker". Como las y los APMs me explicaron, las médicas y médicos que son "speaker" de algún laboratorio cumplen la función de impartir charlas a sus colegas en favor de un nuevo fármaco o medicamento en particular que el laboratorio en cuestión ha lanzado al mercado. La intención es que el expositor instruya a las y los asistentes acerca de las bondades que tiene el medicamento sobre el cual está hablando. Estas charlas son organizadas por los laboratorios a través de las y los APMs en las diferentes instituciones y se las

denomina “Ateneos”. La labor del “speaker” tiene como contraprestación una remuneración monetaria, por lo tanto, trabaja para el laboratorio que lo contrata.
Tuve la posibilidad de participar de un Ateneo en el Hospital Público N°1 durante una jornada en la que acompañaba a Sergio a hacer “la visita”. Nos encontramos en la puerta de entrada y juntos fuimos a “la salita”. Allí, nos dispusimos a armar las bolsas con muestras de medicamentos para las y los médicos asistentes al Ateneo. Terminamos esa tarea y nos dirigimos al primer piso. La actividad se desarrolló en una sala donde había sillas y un pizarrón. Además de Sergio y yo, participaron siete médicas y dos médicos que ya se encontraban en su sitio cuando llegamos. En este contexto, el Ateneo consiste en una charla impartida por un médico o médica en particular al resto de sus colegas. La intención es que el expositor instruya a las y los asistentes acerca de las bondades que tiene el medicamento sobre el cual está hablando. Sergio se ubica al frente y yo me siento junto a un médico a escuchar al “speaker”.
En un principio me costó comprender nuestra presencia en esa actividad. Pero con el transcurso de la exposición y las intervenciones de Sergio, pude notar que la charla estaba orientada a la promoción positiva del medicamento que Sergio distribuye.

Al terminar el Ateneo, repartimos las bolsas entre las y los asistentes y acompañamos al médico que impartió la charla a la puerta del hospital. Luego de despedirlo Sergio me dice refiriéndose al tema del Ateneo - *Esto de los probióticos y prebióticos es muy nuevo, los médicos todavía no saben un porongo, por eso el laboratorio contrató a este médico que es un grosso del Italiano para que les explique. Es speaker del laboratorio.*
De igual modo, Cecilia me había comentado acerca de la médica “speaker” de “su” laboratorio - *Yo a esa médica la fogueé para que se la llevaran adentro del laboratorio, para que la tuvieran en cuenta para “speaker”. Gracias a que yo la llevé como propuesta dentro del laboratorio, la mina hoy está en la posición en la que está, conectada con mi jefe.*

En este punto es cuando la aparente contradicción mencionada al principio se disipa. Son los laboratorios quienes imparten el conocimiento sobre los nuevos fármacos y medicamentos desarrollados. Es a través de la figura del “speaker”, palabra autorizada,

legitimada y remunerada por cada laboratorio, que las y los médicos son “instruidos” sobre los nuevos fármacos y productos desarrollados que se comercializarán en el mercado. Ese conocimiento nuevo se incorporará al saber médico y será reforzado a posteriori por el discurso promocional de las y los APMs durante “la visita”.

Esta situación del ateneo evidencia cómo los laboratorios influyen en el saber médico con el objetivo de orientar la práctica prescriptiva hacia sus propios intereses económicos. La difusión del conocimiento sobre probióticos y prebióticos no surge espontáneamente dentro de la comunidad médica de manera independiente a partir de evidencia científica, sino que es promovida estratégicamente por la industria farmacéutica.

El hecho de que los laboratorios contraten a determinados médicos y médicas como “speaker” para capacitar a otros médicos muestra un claro interés comercial. No se trata solo de educación médica, sino de una estrategia de promoción recubierta de formación científica. La elección de un “grosso del Italiano” (que supone ser un médico de renombre según Sergio) refuerza la legitimidad del mensaje, haciendo que médicas y médicos confíen en la información transmitida sin considerar las posibles intenciones comerciales detrás de ella.

En el caso de Cintia, el uso del término "fogueé" implica que ella impulsó la carrera de la médica dentro del laboratorio, no necesariamente en su carácter científico, sino para que promoviera los productos del laboratorio como “speaker”, lo que sugiere una intención estratégica en beneficio de los intereses comerciales del mismo.

El rol de Cintia y de Sergio son claves. Las y los APMs son quienes establecen y sostienen relaciones en el tiempo con médicas y médicos, organizan ateneos y jornadas y proponen a quienes serán las voces autorizadas que, desde una posición de prestigio, promoverán y legitimarán los productos de sus respectivos laboratorios. De esta manera las y los APMs actúan como mediadores en un sistema que reproduce jerarquías económicas y simbólicas. Los relatos de Sergio y de Cintia dejan entrever cómo el mercado de los medicamentos responde más a una estructura de poder donde las decisiones de médicas y médicos están condicionadas por las estrategias de los laboratorios que a la ciencia médica.

Por último, considero importante destacar que las perspectivas de las y los APMs reproducen la hegemonía de un modelo de salud/enfermedad/atención que favorece la subordinación del conocimiento médico a los intereses económicos de los laboratorios. A su vez, reproducen la lógica dominante del saber biomédico, la jerarquía profesional y la influencia de la industria farmacéutica en la práctica médica. En síntesis, el conocimiento médico se presenta condicionado por intereses económicos y culturales que favorecen a ciertos modelos de atención en detrimento de otros integrales y menos mercantilizados.

En este capítulo me he centrado en describir las características de los laboratorios nacionales y multinacionales. Vinculado a esto, he intentado explicar la distinción entre fármacos y medicamentos "originales", "genéricos con marca" o "copias" y los conocidos como "genéricos sin marca" producidos por los diferentes laboratorios mencionados. Asimismo, he procurado dar cuenta de la diversidad de las perspectivas nativas y, atento a ello, de las concepciones que las y los APMs tienen acerca de las cualidades y calidades de los fármacos, excipientes y, por ende, de los medicamentos producidos con ellos y las diferencias jerárquicas que establecen en base a sus países de procedencia. Además, expuse cómo la figura y el saber médico son exaltadas y utilizadas por la industria farmacéutica para construir conocimiento con respecto a los fármacos en detrimento del rol del farmacéutico. Por último, intenté establecer una clara diferenciación entre los medicamentos destinados para la venta (tanto "originales" como "copias") y las muestras médicas de estos.

En el siguiente capítulo describiré y analizaré la significación que las y los APMs otorgan a las muestras médicas y la importancia que ellas adquieren en las interacciones sociales en tanto objetos de intercambio fundamentales para la construcción de relaciones a largo plazo; por un lado, entre las y los APMs entre sí y, por otro, entre las y los APMs y las y los profesionales de la salud.

3. El Obsequio Estratégico: muestras médicas, circulación, intercambio y la complejidad de los vínculos sociales

La reciprocidad práctica no es una simple yuxtaposición de acciones individuales; es la mediación por la cual cada individuo reconoce en la acción del otro su propia acción objetivada y, a la vez, se reconoce a sí mismo como agente en un proceso común.
Jean-Paul Sartre

Las muestras médicas representan el núcleo de esta investigación ya que desempeñan un rol fundamental en la conformación de los vínculos entre las y los APMs y los distintos profesionales del ámbito de la salud, como así también, mediatizan relaciones sociales en su vida cotidiana. A través de las muestras médicas, las y los visitadores médicos no solo establecen y consolidan relaciones laborales, sino que también construyen su identidad y poder dentro del ámbito de la salud. En este sentido, las muestras médicas no constituyen sólo un recurso material propio de su actividad, sino que adquieren un valor simbólico que legitima y otorga sentido al rol de APM dentro del ámbito de la salud.

En el presente capítulo analizaré la significación que las y los APMs otorgan a las muestras médicas, así como su rol en la configuración de las relaciones sociales con los diversos actores que forman parte del ámbito de la salud. En primer lugar, examinaré la significación que las y los APMs otorgan a las muestras médicas como objetos de intercambio. Luego describiré y analizaré la importancia de dichas muestras en la dinámica laboral de las y los APMs como parte de la conformación de relaciones sociales que entablan con médicas y médicos a través de su entrega, así como la entrega de otras prestaciones vinculadas a su labor. Asimismo, exploraré el papel de las muestras médicas en las interacciones entre los APMs y otros profesionales del campo tales como enfermeras, secretarias, personal de seguridad y dirigentes sindicales. Finalmente, abordaré las interacciones entre las y los APMs, para dar cuenta de cómo

el objeto muestra médica constituye un eje central en sus relaciones y prácticas laborales.

El Poder Oculto: descubriendo la fuerza de las muestras

-*Las muestras tienen fuerza* - me dijo Pedro, APM de un laboratorio nacional – *porque son un objeto de intercambio. La ejercen en toda la sociedad. Si un "cana" te para porque te pasaste un semáforo en rojo, vos sacás del bolso o del baúl muestras y le decís 'esto lléveselo al comisario, pero esto no se lo dé que es para usted'…te deja ir.*

Cuando escuché esta declaración yo me encontraba en "la salita", como otras tantas veces, esperando a Sergio para hacer con él "la visita", tomando mate y charlando con las y los APMs que allí se encontraban. Tal afirmación dio paso a una serie de anécdotas al respecto que expresaban la significación que las muestras médicas tienen para las y los APMs.

-*Mi viejo me recibía las cajas y cuando yo llegaba ya las había abierto y se había puesto alguna crema o había tomado alguna pastillita* – intervino Javier.

-*Yo tengo un vecino que tiene un limonero. Yo le llevo muestras para la próstata y él me trae limones… aunque me los trae verdes* – me cuenta Silvana, APM de un laboratorio nacional con 20 años de antigüedad en la profesión. Conversamos varias veces en "la salita", sin embargo, nunca accedió a que yo la acompañara a hacer "la visita".

A través de las experiencias compartidas por las y los APMs se revela cómo las muestras médicas circulan en espacios ajenos al consultorio y se configuran como objetos de intercambio que ejercen influencia sobre diversas interacciones sociales, desde encuentros con agentes de la ley hasta relaciones cotidianas entre vecinos. Si bien las muestras médicas son centrales para su trabajo, la significación que adquieren para las y los visitadores trasciende su función de herramienta de promoción estrictamente laboral. Según los relatos de las y los APMs las muestras médicas tienen

fuerza propia, una cualidad intrínseca que las hace deseables para las personas, aun cuando no requieran de un tratamiento médico específico.

Siguiendo el enfoque de Karl Marx (2014), en el capitalismo, las mercancías adquieren un valor que parece independiente de las relaciones sociales y del trabajo humano que las produce. La frase "las muestras tienen fuerza" ilustra perfectamente el proceso de fetichización, donde éstas parecen poseer un poder social propio que no deriva de sus propiedades materiales como medicamento e independiente del trabajo humano que los produjo. En este sentido, lo que se observa, son relaciones sociales cristalizadas en forma de objeto. En los relatos de las y los APMs, las muestras médicas no se perciben como simples medicamentos sino como herramientas de negociación con un "valor" más allá de su función terapéutica. Parecen poseer un poder casi mágico para influir en la conducta de los demás, ocultando el hecho de que su eficacia en este intercambio deriva de las estructuras sociales y económicas en las que están insertas. El concepto de “hau”, dentro de la teoría del don de Marcel Mauss (2009), se refiere a la "fuerza" o "espíritu" que los objetos de intercambio adquieren en determinadas sociedades, lo que genera una obligación de reciprocidad. En este contexto, las muestras médicas no solo circulan como mercancías, sino que también generan un compromiso: el policía que las recibe siente la obligación implícita de devolver el “regalo” dejando ir a la Pedro y el vecino de Silvana lo hace con limones. Así, las muestras actúan como un "don" en un sistema de reciprocidad informal, donde su valor no es solo económico sino también simbólico y social.

En algunos casos, pude notar que la significación que algunas APMs les conferían a ciertas muestras médicas se encontraba fuertemente vinculada a las nociones de estatus y prestigio.

Cuando acompañé a Julia al Hospital de Comunidad N°1, estando yo parada junto a ella en el pasillo a la espera del médico cardiólogo, presencié una interacción entre un APM y las recepcionistas que dio cuenta de lo expresado más arriba. El APM se acercó a la ventanilla con tres bolsas: dos blancas y una dorada. Esta última era para las recepcionistas. La entrega duró unos pocos segundos. Con un rápido *“tomá vos, después repartís”* le alcanzó la bolsa dorada a una de ellas. *¡Esto es oro en polvo!* –

expresó con vehemencia la recepcionista que recibió la bolsa. La abrió inmediatamente y mientras repartía su contenido dijo - *Es como la Dermaglós. Acá nadie vio nada.*

Esa no fue la única vez que escuché esa expresión. Haciendo "la visita" con Paloma, mientras recorríamos los pasillos del Hospital Público N°2, me había contado que su hija de diez años, hasta el momento, había padecido neumonía diez veces - *Por suerte los médicos de acá me dan los medicamentos para ella que… ¡son como oro!* – expresó.

Se refería a las muestras médicas de medicación para padecimientos respiratorios del laboratorio Glaxo, la cual es sumamente costosa. Como ya he mencionado, Glaxo es concebido por las y los APMs como uno de los laboratorios multinacionales más prestigiosos, en contraposición al laboratorio nacional para el cual trabaja Paloma.

Recordemos, como he desarrollado en el capítulo 1, que Paloma promociona el mismo tipo de medicación, pero de la línea solidaria de un laboratorio nacional y cuenta con grandes cantidades de muestras médicas para afecciones respiratorias.

Nuevamente, en estas expresiones es posible identificar cómo las muestras médicas adquieren un valor simbólico y social fetichizado que trasciende su utilidad práctica en su carácter de medicamento. El oro, como símbolo de riqueza y prestigio, se presenta como una metáfora adecuada para describir la valoración que secretarias y visitadoras médicas confieren a algunas muestras médicas en tanto objetos excepcionales y, por tanto, valiosos y codiciados, en detrimento de otros. La expresión "son como oro" da cuenta de cómo estas muestras médicas en particular son concebidas como símbolos de estatus y, al igual que el oro, cuyo valor se basa en su escasez en tanto objeto de acceso limitado, estas muestras médicas y medicamentos representan el acceso privilegiado a determinados tratamientos.

Narrativas del Deber ser: la construcción de la identidad profesional de las y los APMs

La interacción entre APMs y médicas y médicos durante "la visita médica" no se produce de manera azarosa. Por el contrario, en principio, las y los APMs emplean un repertorio de términos específicos y estrategias discursivas diseñadas por los

laboratorios con el fin de maximizar su capacidad de persuasión. En este proceso, las muestras médicas desempeñan un papel central.

Durante una de mis habituales visitas a "la salita", mientras yo cebaba mate y charlaba con los APMs que allí se encontraban, Dalmiro, un visitador con veinte años de trayectoria en la profesión se acercó donde yo estaba sentada y sin ninguna explicación me abordó de la siguiente manera:

-*Doctora, Dalmiro Castro, cómo le va* – me extiende la mano

-*Bien, que tal* – contesto dándole la mano, siguiéndole el juego

-*En la práctica diaria usted que ve tantos pacientes, ¿Yo la podría molestar? En este momento lo que estoy llevando es Amloc droga de excelencia en todo el mundo…*

Nicolás interrumpe y me explica – *Lo que está haciendo ahora se llama "Role Play", te lo hacen hacer los gerentes… es un sistema de promoción desde el discurso.*

Es una forma de exponer una supuesta entrevista delante de tus compañeros – me había contado Sergio – *Después salís a la calle y aprendés ahí. Esto se aprende en la calle, el que te digo que lo aprendió en otro lado…*

Según las y los visitadores con quienes conversé sobre este tema, el "Role Play" es una práctica impuesta por los laboratorios donde se simulan interacciones típicas entre APMs y médicas y médicos. Además, los jefes y gerentes suponen que este ejercicio les permite a las y los visitadores médicos practicar cómo presentar información sobre productos farmacéuticos de una manera "efectiva y persuasiva".

Dalmiro sin salir de su papel continúa -*Hay diferentes obras sociales que lo cubren, con lo cual, usted está prescribiendo un producto de primera marca […] última calidad, un producto de un laboratorio multinacional.*

A mí se me ocurre retrucarle - *¿Sabe lo que pasa? La marca que promociona Sergio de (menciono el laboratorio) es más barata.*

-Eso es verdad, pero tenemos este punto: mi producto es de primera marca. Pero bueno, ya no le quiero sacar más tiempo, en este momento los pasajes que tenía para usted para (no entiendo el destino) los devolvemos al laboratorio ya que no le interesa nuestro producto…la vuelvo a visitar en cualquier otro momento ¡PIN! – cierra el discurso Dalmiro haciendo un gesto como que ganó la discusión porque ahora yo, la doctora que lo rechazó, se queda sin el viaje de "regalo".
Sin embargo, sin darme tiempo a retrucar se arrepiente, continúa y despliega otro argumento -*Bueno en realidad, algún paciente debe tener. Hagamos lo siguiente, yo me comprometo doctora, le voy a dejar tratamiento para tres o cuatro pacientes que seguramente usted verá y, el próximo ¿me lo acompaña con una receta? Doctora gracias por su tiempo.*

- *¡Vamo' Dalmiiii!* – aplaude Nicolás aprobando el discurso desplegado por Dalmiro.

Es posible considerar al Role Play, como una conducta, en este caso profesional, que se construye y se legitima a través de comportamientos y discursos repetitivos en la interacción con otros en el contexto de "la visita médica". Lo interesante de esta práctica no radica solo en el contenido del discurso, sino en la forma en que la identidad profesional de las y los APMs se construye y moldea a través de la repetición de ciertos gestos, tonos y estrategias comunicativas. La actitud, el tono persuasivo y el uso de términos específicos, si bien se presentan como espontáneos ante las y los médicos, forman parte de un repertorio de actos y prácticas discursivas construidos socialmente e internalizado. La repetición de la práctica genera una apariencia de "naturalidad", la cual, con el tiempo, se torna habitual y parece formar parte de la esencia profesional. Esta identidad profesional se construye y reafirma a través de estas sucesivas "actuaciones" socialmente establecidas que buscan ajustarse al ideal profesional determinado por las compañías farmacéuticas y así cumplir con las expectativas de efectividad y persuasión requeridas. En esta construcción performativa, la mirada de los otros se torna fundamental. La interpelación y el reconocimiento de los demás cumple un rol crucial en la conformación y consolidación de esa identidad profesional. Por tanto, la discursividad del Role Play no se despliega en solitario, sino frente a una o un interlocutor que puede ser un compañero, un superior y/o, sobre todo, una médica o médico a quién se debe convencer con la

performance. En este caso, el Role Play fue dirigido hacia mí, asumiendo por ese momento el rol de "médica" lo que le permitió a Dalmiro ensayar su identidad de manera performativa. El contenido del discurso que Dalmiro expuso frente a mí se encuentra estrechamente vinculado al saber que los laboratorios transmiten a través de capacitaciones y de la "literatura". Lo que se produce en esas interacciones, es la percepción, evaluación y respuesta de la o el interlocutor, lo que permite a las y los APMs, internalizar y eventualmente naturalizar la identidad profesional indicada y esperada por los laboratorios.

El desenlace del Role Play al que fui sometida durante varios minutos aquel día en "la salita" me resultó sumamente significativo para dar cuenta de la importancia de la función que cumplen las muestras médicas en la construcción de los vínculos entre APMs y médicas y médicos.
En el final de su relato Dalmiro manifiesta explícitamente el "deber ser" de cómo inducir las prescripciones, desde un discurso estandarizado que supone, le permitirá a él y a cualquier APM que lo implemente, conseguir que las y los médicos receten el medicamento con la marca del propio laboratorio. En su exposición, deja claramente establecido cómo las muestras médicas funcionan como una prestación donde se espera una contraprestación en forma de receta.

Dualidad Relacional: las muestras médicas como Don y Mercancía

El intercambio de bienes en distintos ámbitos sociales ha sido históricamente un mecanismo fundamental para la construcción de relaciones de reciprocidad perdurables en el tiempo. En el sistema establecido por la lógica de la industria farmacéutica, las muestras médicas son los objetos por excelencia que las y los APMs entregan de manera gratuita a las y los médicos para que estos las distribuyan entre las y los pacientes. Sin embargo, más allá de su función terapéutica, estas, cumplen el rol de objeto fundante del vínculo entre APMs y médicas y médicos, el cual, se espera sea duradero en el tiempo. Este acto inicial de entrega de la muestra médica que, por su gratuidad parece desinteresada, reviste la intención de influir sobre las decisiones de las y los médicos y generar en ellos la obligación implícita (y a veces explícita) de prescribir los medicamentos de la propia marca en calidad de contraprestación a la

muestra recibida. De esta manera, mediante este intercambio, se establece una relación de reciprocidad donde ambos participantes se encuentran insertos en un entramado de obligaciones donde el hecho de dar y el de devolver aseguran la continuidad de la relación en el tiempo.
No obstante, es imposible abstraernos del hecho de que estas relaciones se encuentran insertas en una lógica capitalista. Por lo tanto, este intercambio, que crea un vínculo de reciprocidad y obligación entre las personas, contribuye al objetivo principal que es generar beneficios económicos para las compañías farmacéuticas y, por lo tanto, a las y los APMs.

-En principio se supone que son el inicio del tratamiento, el enganche, pero después el médico debe recetar esa droga sugiriendo la marca para la continuación del tratamiento. Esa es la función de la muestra – me había contado Sergio cuando le pregunté sobre qué función cumplían las muestras médicas - *Vos no te tenés que quedar con dónde el médico trabaja, vos tenés que ganarle al médico la mente. Ahora, que el médico te termine recetando en un lugar o en otro depende de vos. Todos los médicos trabajan en lugares de bajos recursos…y este médico que vamos a ir a ver es obstetra en el Argerich a la mañana y es el jefe de obstetricia de los Arcos a la tarde. A la mañana no me recetará nada, pero a la tarde tiene otro público y por ahí tiene un consultorio y por ahí el tipo es un formador de opinión y lo tenés que visitar igual.*

-Muchos las usan para dárselas a los pacientes. Eso depende de la población con la que trabaja el médico. Acá (en la Hospital Público N° 3) les dan tratamientos completos si pueden. Hay lugares…si vas a Los Arcos, no creo que te den un tratamiento completo. Pero bueno nosotros sabemos que en esta población esto va a pérdida… la muestra médica digo, pero bueno, estos son conceptos que utilizan: "no importa, total este médico a la tarde atiende en el Alemán" – me explicó Nicolás.

Una vez iniciado el vínculo entre APMs y médicas y médicos resta construirlo y hacerlo duradero en el tiempo. Según algunas y algunos APMs con los que he podido conversar sobre el tema, la entrega de muestras por sí mismas no resulta suficiente para que ese vínculo se torne perdurable. Si bien, ésta se encuentra siempre presente, la idea que atraviesa los discursos de las y los visitadores es que el vínculo entre APMs

y médicas y médicos se construye con el tiempo y hablando, en principio, de cosas triviales que nada tienen que ver con la función farmacológica de los medicamentos que promocionan.

-*Yo doy de alta a los médicos que sé que son piolas que no son ogros…y que receten…eso es lo importante… y que haya feeling en la charla* – me había comentado Joaquín mientras recorríamos los pasillos del Hospital de Comunidad N°2 – *Se intentó eliminar la figura del visitador mandando mails a los médicos directamente o una nota con las muestras y el resultado fue que las ventas bajaron. La empatía no la reemplazás con nada – agregó*

-*La relación se forma, se crea. Si mañana a mi o a Sergio nos mandan a ver a un médico que no veíamos tanto yo como él, vamos a tener que generar una relación nueva. No significa que nos vamos a llevar bien o que nos den bola o que nos receten. Es una relación, tiene que generarse alguna empatía. Más allá de la información y todo que llevamos. Es una relación más* – me explicaba Javier.

-*Temas en común* – agregó Sergio – *Yo veía a un médico que le encantaba el boxeo, más de la mitad de la visita hablábamos de boxeo, después hablábamos del producto. Esto no se estudia* – agregó - *es como todo, vos te recibiste y cuando saliste a hacer tu trabajo te enteraste qué era hacer tu trabajo. Lo mismo con nosotros.*

-*Te tenés que adaptar al tipo que tenés adelante, buscarle la vuelta. A algunos les tenés que hablar de política a otros de futbol a otros de nada, vas viendo* – añadió Javier.

-*Yo, depende el médico le entro por diferentes temas, por ejemplo, hay un médico que le dije "ellos (haciendo alusión a la competencia) están con el arco y la flecha, ¡nosotros tenemos misiles!". A otro le dije: "esa leche es de los '90 y yo eso lo asocio con Menem. Nosotros tenemos tecnología"* – remató Sergio.

A partir de estos relatos de Javier, Joaquín y Sergio, me fue posible entender, por un lado, cómo la interacción personalizada puede generar una relación de confianza entre la o el médico y la o el APM que facilite la prescripción de los productos promocionados y, por otro, cómo la dinámica en las formas de vincularse, pueden variar significativamente según la persona con la que se interactúe. Fue entonces que pude comprender la importancia que estos visitadores otorgaban a la creatividad de sus discursos y argumentos para generar empatía con las y los médicos.

El vínculo se inicia a partir de la entrega de la muestra médica, objeto necesario e infaltable para la labor de las y los APMs. Sin embargo, si bien dichas muestras son un componente esencial en la interacción entre APMs y médicas y médicos, por sí solas, no garantizan la automática prescripción de la propia marca ni el establecimiento de una relación sólida y perdurable. La construcción de una relación duradera en el tiempo va más allá del momento fundacional de la relación que es la entrega de la muestra.

Desde sus perspectivas, las y los visitadores médicos resaltan la importancia de la relación personal más allá de la entrega de muestras médicas. El énfasis en generar empatía se torna sumamente relevante en el contexto de "la visita", ya que, según las y los APMs, esta es un componente sumamente importante para lograr la prescripción del medicamento de la propia marca por parte de las y los médicos. Es entonces cuando cobran sentido los dichos de Sergio acerca de que "esto se aprende en la calle".

No obstante, si bien establecer una buena relación con médicas y médicos hace más probable que estos receten los productos que la o el APM representa, es importante considerar que todas estas interacciones se producen en torno a la entrega de muestras médicas con vistas a la ulterior prescripción del medicamento de la propia marca. Estas relaciones carecerían de sentido sin la intervención de este objeto específico.

De esta manera, las estrategias discursivas que las y los APMs despliegan para generar empatía y así construir y consolidar el vínculo con las y los médicos, trascienden lo estipulado por "deber ser" del Role Play. Sin embargo, este estilo coloquial y descontracturado que las y los visitadores emplean en contraposición, aunque parece

velar la naturaleza mercantil de la interacción, pretende, justamente, reforzar esta lógica de mercado fuertemente sustentada por la industria farmacéutica.
Durante el tiempo que realicé trabajo de campo pude dar cuenta de que, salvo alguna excepción, las relaciones que las y los APMs tienen con médicas y médicos son de larga data.

Un día en particular, luego de repartir las bolsas con muestras médicas con Javier, emprendimos el regreso hacia "la salita". Durante el camino Javier recibe un mensaje de un teléfono celular que no reconoce. *Qué raro,* a*lguien que me conoce del Argerich dice. Que me quiere dar un abrazo. Me extraña porque hace tres años que no voy para allá*. Mientras caminamos decide llamar a ese número. Lo atienden. *Es un médico que me conoce de allá* – me explica.
El abrazo se transformó en un pedido de muestras de varios medicamentos que el médico en cuestión necesitaba para sí.
Un caso paradigmático es el de Joaquín. De los que conocí, es el APM con más trayectoria en la profesión: es visitador médico desde hace cuarenta y dos años. Según me ha contado durante un recorrido por los servicios del Hospital Público N°3, él hace "la visita" en ese hospital desde que se abrió, hace veintisiete años. *Yo ya no tendría que ir más* – me había contado con un dejo de nostalgia –*porque el laboratorio cerró las líneas de neumología, gastro y otorrino […] acá va todo por el vil metal. El nuevo ceo considera que esas líneas ya no son rentables para el laboratorio. Pero hay un medicamento que es para problemas de deglución y entonces me mandan algunas muestras para el servicio de gastro. Lo que pasa es que me conocen todos y entonces todos me piden cosas, vengo seguido porque hay médicos con los que tengo una relación de años* – me explicó con calma.

Es posible reconocer en estas dos situaciones bien diferentes la construcción de un vínculo a largo plazo mediatizado por las muestras médicas y solventado por la una relación personal entre médica, médico y APMs a través del tiempo.
En el caso de Javier el llamado de un médico aparentemente desconocido luego de varios años da cuenta de cómo las relaciones establecidas en el pasado pueden perdurar en el tiempo. La construcción de la relación a largo plazo se hace evidente cuando el

mensaje aparentemente amistoso se transforma en un pedido de muestras médicas, solicitud que Javier cumple recolectando la medicación requerida por el médico.
Por su parte, Joaquín continuaba visitando a médicas y médicos con los que había construido una relación a largo plazo que perduraba a pesar de los cambios que había realizado el laboratorio. La distribución de muestras médicas según las necesidades particulares de las y los médicos da cuenta de la importancia de éstas como objeto fundamental para el mantenimiento de las relaciones sociales.
En ambos casos es posible advertir cómo las relaciones construidas a través de intercambios prolongados y reiterados fundados en la entrega de muestras médicas pueden mantenerse a través del tiempo, aun cuando esos intercambios directos ya no se produzcan. Éstos, han creado obligaciones recíprocas y vínculos sociales de reciprocidad duraderos entre APMs y médicas y médicos que, en este caso, dan continuidad y sustentan las relaciones mercantiles de la industria farmacéutica. Es debido a las muestras médicas que estos vínculos se sostienen a lo largo del tiempo. Sin la mediatización de estos objetos fundamentales, estas relaciones no tendrían razón de ser.

En el marco del contexto de relaciones sociales que forman parte de los intercambios de prestaciones y contraprestaciones, donde las muestras médicas se presentan como los objetos principales que fundan y mediatizan las relaciones duraderas entre APMs y médicas y médicos, es posible mencionar otros objetos que intervienen en estas relaciones y que también colaboran a la hora de consolidar las relaciones sociales y profesionales entre las y los actores sociales involucrados.

Pude notar esto, cuando concurrimos con Sergio al Hospital Público N°3, con la intención de "visitar" a un médico pediatra en particular. Según Sergio *este médico para el laboratorio es "categoría 1" o "alto prescriptor", es decir, "receta mucho". Receta el mismo medicamento que yo promociono, pero de "la competencia". Yo quiero que eso cambie, entonces le voy a hacer una propuesta. Si prescribe mi marca le voy a ofrecer un congreso o un digitalizador de historia clínica*[12]*. Mirá…* - abre una

[12] El digitalizador de historia clínica es una plataforma donde las y los médicos pueden gestionar y consultar la información de las y los pacientes.

aplicación en su celular y me muestra una aplicación donde se puede ver en términos de porcentajes, la cantidad de prescripciones y qué marca está recetando cada profesional, tanto de la marca del laboratorio para el que trabaja Sergio como de los demás – *Esta aplicación se llama Prescriber. Acá veo todo* – me explica.

-*Yo a este médico lo vengo trabajando hace rato, el año pasado la mujer ser enfermó de cáncer y yo les regalé una cena, fui preparando el camino* – me comenta.

Cuando llegamos al servicio de pediatría nos dirigimos directamente al consultorio del médico. Sergio lo saluda y le pregunta - *¿Cómo sigue tu esposa?*
-*Mejor* – responde el médico.

-*Bueno, me alegro. Escuchame, tengo una beca para el congreso de la SAP*[13]*, ¿te interesa?* - pregunta Sergio directamente.

-*Si, claro* – responde el médico con entusiasmo.

-*Yo te la aseguro a vos, pero necesito que me subas las prescripciones de (su medicamento)* – expone Sergio con determinación.

El médico accedió y así quedó cerrado el trato. A partir de entonces, este médico recetaría el medicamento que Sergio promociona y a cambio, recibiría la beca para asistir al congreso de la SAP.

Algo similar sucedió durante un almuerzo con Sergio y Joaquín luego de realizar "la visita" en el Hospital Público N°1. Mientras esperábamos ser atendidos, a Sergio le sonó el celular. Era una médica del Servicio de Neonatología del Hospital Público N°1

– Esta médica para el laboratorio es "alta prescriptora", pero de todo lo que receta, a mí, me receta el 30% frente al 70% que le receta a la competencia. Yo quiero que

[13] Sociedad Argentina de Pediatría. Dicta cursos para todas las especialidades.

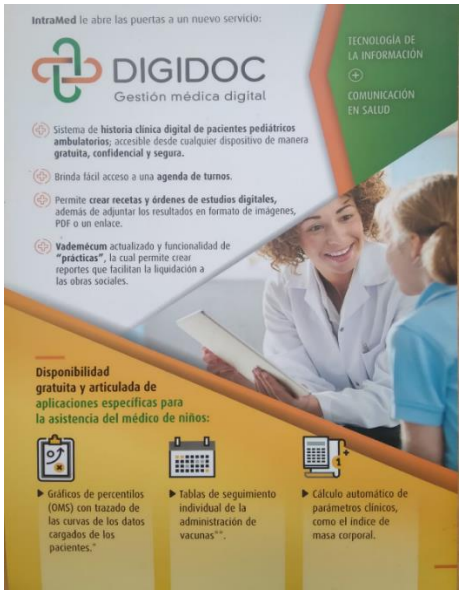
eso cambie, que de todo lo que receta, recete el 100% de mi producto. Entonces, le ofrecí una capacitación en Simmer[14] *para ella, pero prefirió una balanza para el servicio* - me explica - *En Argentina no tanto, pero en muchos países del mundo al haber un Estado ausente la única forma del médico de capacitarse y evolucionar en su carrera es a través del financiamiento privado, que son los laboratorios* – En esta última frase, Sergio evidencia cómo el retiro del Estado de la formación médica responde a lógicas neoliberales que trasladan la responsabilidad al ámbito privado y generan un modelo donde el conocimiento médico se ve condicionado por los intereses mercantiles de los laboratorios.

-*Claro, mirá* – interviene Joaquín – *Yo mañana tengo que ir a ver a un médico al Hospital Público N°3 que lo tengo "medio arreglado". Él receta rosuvastatina, pero, de nuestra marca, recetaba un 5% y, para estar bien, teníamos que llegar a un 20%. Yo quería traerlo para mi lado, pero para eso tuve que darle algo al tipo. Entonces fui y le dije: "lo único que yo puedo hacer es darte una orden de compra que podés canjear por viajes", "Si, dale, Joaquín, lo hacemos". Perfecto, listo, aceptadas las condiciones dale para adelante. Le llevé seis bolsas de estas* (con muestras de rosuvastatina de su laboratorio) *y muestras de pediatría a la mujer. En la próxima auditoría ya tendría que subir el porcentaje de prescripciones de mi marca.*

Desde la perspectiva de las y los APMs, la capacitación en Simmer, las becas para congresos, la balanza, el digitalizador de historia clínica y la orden de compra, no constituyen el objeto principal del intercambio, por tanto, pueden considerarse como prestaciones subsidiarias. Sin embargo, dentro del sistema de intercambio, se encuentran dotados de una carga simbólica significativa, ya que no sólo representan beneficios materiales, sino que, al igual que en el intercambio principal (muestras médicas por prescripciones) dichos objetos, se encuentran atravesados por la obligación de devolver. De esta manera, estos objetos subsidiarios, complementan y

[14] Simmer es un centro de simulación que pertenece a uno de los laboratorios nacionales más conocidos y del cual el laboratorio para el que trabaja Sergio es un laboratorio satélite. Utilizan la simulación para realizar capacitaciones e impulsar el desarrollo profesional continuo en todas las áreas de la salud. Cuentan con instalaciones que recrean situaciones de internación y robots que hacen las veces de pacientes.

sostienen los intercambios principales a la vez que refuerzan las relaciones de reciprocidad establecidas entre APMs y médicas y médicos.



Promoción de la plataforma Digidoc

Si bien las médicas y médicos son las estrellas principales en la dinámica del intercambio, existen roles secundarios, como los de las enfermeras, enfermeros, secretarias y sindicalistas, que son casi tan importantes como los protagonistas. En este sentido, la fuerza de las muestras médicas se presenta con tanta intensidad en la conformación y mantenimiento de los vínculos como durante "la vista médica".

Una de las veces que acompañé a Joaquín al Hospital Público N°2, este llevaba una bolsa con muestras médicas para una enfermera del hospital.

A diferencia de otras, esta institución tiene los accesos separados. Por el lado izquierdo se ingresa al hospital y por el derecho se sale. En la puerta de salida, hay personal de seguridad registrando bolsas, bolsos y carteras mientras en el centro, entre las dos puertas, hay un escritorio con dos personas de seguridad, un hombre y una mujer, vigilando los movimientos de ingreso y salida del hospital.
Cuando ingresamos, Joaquín se dirige a dicho escritorio y le pregunta a la mujer

- *¿Te puedo dejar esta bolsa?*

- *¿Para mí?* – pregunta la mujer de seguridad extendiendo su mano
-*No, para María Laura, la va a venir a buscar* – contesta Joaquín alcanzándole la bolsa con muestras médicas.

-*Ah…* - la mujer piensa unos segundos, mira a su compañero y contesta - *no podemos guardar cosas acá.*

-*Bueno* - dice Joaquín retirando la mano con cierta irritación- *Si la viene a buscar avisale, aunque sea - Después de esto, que no me llegue a pedir nada* – replica mientras entramos.

- *¿Vamos primero a ver si encontramos a María Laura?* – me pregunta Joaquín - *Las enfermeras te abren puertas, sino te hacen quedar para el traste con los médicos.*

Pude observar la importancia que reviste el rol de la enfermera para las y los APMs, cuando con Sergio, recorrimos el Servicio de Pediatría con del Hospital Público N°3. Mientras caminábamos con las bolsas con muestras médicas en la mano escucho que una mujer lo llama - *¿No hay becas para SOGIBA*[15] *de enfermería? Salen 500 mangos nada más. No es como la otra vez que estaban como 5 lucas.*

- *Está complicado* – replica Sergio con tono de consternación - *pero dejame ver. Yo el lunes o martes vuelvo y lo vemos. Pero tomá, esto es para vos.*

Sergio le entrega la bolsa con las muestras que llevaba para un médico que buscaba, nos despedimos y mientras bajábamos por la escalera me explica - *Esta es la jefa de enfermería. Es bastante brava, yo intento estar bien con ella. Antes había otra que había concursado y quedó. Pero esta hizo quilombo en el gremio y por eso la pusieron.*

-*Con todos tenés que tener buena relación porque te pueden salvar de muchos problemas* – me había contado Joaquín - *Cuando estaba en el Rivadavia un médico*

[15] La Sociedad de Obstetricia y Ginecología de Buenos Aires.

cirujano, presidente de la asociación de médicos del hospital, joven él, no me dejó estacionar adentro. Entonces me fui a un estacionamiento. Cuando estaba haciendo "la visita" un sindicalista me cruzó y me pidió muestras, ahí le contesté 'si, pero me vas a tener que esperar porque tengo el auto a tres cuadras'. 'Vos tráelo que vas a entrar' me dijo. Fui, le traje las muestras, y cuando volví, volví con el auto. Llego a la barrera y el vigilador no me deja pasar. Desde lejos, el delegado le hizo una seña para que levante la barrera. Ahí entré y estacioné adentro.

Como ya he descripto más arriba, las muestras médicas cumplen una función social que trasciende la función terapéutica. Muchas veces el acceso a las médicas y médicos que las y los APMs requieren para que su labor rinda frutos, está mediada por otras figuras como enfermeras, enfermeros, recepcionistas, sindicalistas y, como en este caso, personal de seguridad.

Los relatos de Joaquín y de Sergio expresan claramente como el acto de dar y recibir establece un vínculo de obligaciones de dar y recibir entre APMs y, enfermeras, enfermeros, secretarias y sindicalistas, quienes, si bien no son las y los destinatarios principales, reciben las muestras y participan en el sistema de reciprocidad, habilitando el acceso tanto a médicas y médicos como a espacios restringidos. Esto da cuenta de la fuerza social que las y los APMs confieren a estas muestras médicas en su carácter de objetos de intercambio.

El delicado equilibrio entre alianzas y rivalidades en el universo de las y los APMs

La única vez que me encontré con Nicolás para hacer "la visita" en el Hospital Público N°1 conocimos a un APM que estaba empezando en "la profesión". Se llamaba Dulio. Nicolás llevaba muestras de omeprazol que el laboratorio para el que trabaja quería tirar porque estaban próximas a vencerse. Traía en dos cajas de cartón con los blisters sueltos adentro - *Yo las traigo acá porque la gente las necesita, además tienen seis meses de ventana* – me explicó – *se vencen en un mes, pero hacen efecto por seis meses más* – me dijo dándome una de las cajas para que yo la lleve.

Nos dirigimos directamente al Servicio de gastroenterología y comenzamos a repartir las muestras. Cuando salimos del primer consultorio, en el pasillo, vestido con traje y corbata y sosteniendo dos bolsas con el nombre de un laboratorio, esperando entrar en el consultorio, se encontraba un APM que ni Nicolás ni yo conocíamos. Nicolás lo saluda y se presenta. Inmediatamente, el compañero le responde - *Mi nombre es Dulio, hace poco que empecé en el laboratorio y hoy es mi primer día en este hospital asique estoy conociendo a los médicos.*

-Bueno, vení conmigo que yo te los voy presentado – ofrece Nicolás – *además, yo soy delegado hospitalario del Hospital de Comunidad N°2, asique lo que necesites…*- le dice alcanzándole una tarjeta con sus datos y su teléfono. Hasta ese momento no había escuchado hablar de la figura del delegado hospitalario. Pero casualmente, más tarde, ese mismo día, me enteraría en qué consiste su tarea y cuáles son sus funciones.

Dulio nos contó que llevaba la línea de ginecología del laboratorio para el cual trabajaba. A partir de entonces, los tres recorrimos el resto de los consultorios del servicio de gastroenterología y los servicios de "traumato" y "gineco" entregando muestras tanto de omeprazol como de medicamentos ginecológicos.

Hacia el final de nuestro recorrido, luego de entregar todas las muestras médicas, nos acercamos a "la salita" -*En este hospital nos reunimos ahí. Esa es "la salita". Ahí nos pasamos info todos los visitadores* – Nicolás le muestra muestra a Dulio el espacio señalándolo desde lejos – *Cuando quieras venite que tomamos unos mates y te presento a los visitadores.*
Dulio le agradece, nos saluda y continúa por su cuenta. Nicolás y yo vamos hacia "la salita". Mientras caminábamos me explicaba - *¿Ves? pasás más tiempo con "la competencia" que con tus compañeros de trabajo. A veces te hacés más amigo de los que son "tu competencia" que de tus compañeros. Los ves más seguido. A algunos los ves todos los días. Después, la disputa comercial va por otro lado, porque todos los visitadores sabemos que no te recetan todos los médicos que visitas. Te receta un grupo.*

Una vez en "la salita" advierto que había tres visitadores tomando mate. Nos invitan. Nicolás me los presenta, nos sentamos y nos unimos a la ronda. Entre ellos se encontraba Dalmiro, aquel APM que me había sometido al "Role Play". Ese día me enteraría en qué consiste la función del delegado hospitalario en las instituciones hospitalarias.

En ese momento llega Javier, saluda y arroja un papel sobre la mesa - *Hola…tomen, acá tienen "la tira"*. Como detallé en el capítulo 1, "la tira" consta de un listado con los nombres de las y los médicos que se encuentran atendiendo ese día y, la finalidad en confeccionarla radica en compartirla con las y los compañeros APMs de todos los laboratorios para que cada quien pueda elegir "hacer la visita" o "pintar" al médico y quedarse tomando mate.

- *¿Te presentaron a Dalmiro? Él es delegado hospitalario de acá* – me explica Nicolás

- *¡Si, ya lo conozco! Lo que no sabía era que era "delegado hospitalario". ¿Cuál es la diferencia con el delegado tradicional?* - pregunto

- *El delegado hospitalario se crea porque se metía mucho "chancho"*[16]*, nos sentíamos observados, necesitábamos un delegado que estuviera permanente, no uno que viniera una vez por semana. Él representa a los visitadores de este hospital en el gremio. A cualquier visitador que entre a este hospital de cualquier laboratorio, él los representa gremialmente* – agrega Sergio

- *Somos el nexo entre la dirección del hospital y todos los visitadores, hay un quilombo, se quejan y tratamos de canalizarlo. Y si no estás acá, te llaman al laboratorio* – concluye Dalmiro.

Según lo que conversamos ese día los visitadores me explicaron que, en tanto las y los APMs realizan un recorrido itinerante y no todos los días concurren a las mismas instituciones, a las y los delegados de cada laboratorio en particular se les hace

[16] Jefe

imposible estar presentes cada vez que se suscita un conflicto. Por ese motivo, hace alrededor de cuatro años surgió la figura del delegado hospitalario. De esta manera, las tareas gremiales quedaron divididas. Mientras las y los delegados de base plantean los reclamos específicos de las y los APMs frente al laboratorio para el cual trabajan (un traje por año, aumento de viático, de cuota de combustible, de muestras médicas) las y los delegados hospitalarios se ocupan de los problemas que se generan al interior de un hospital determinado. En este sentido, representan a las y los visitadores de todos los laboratorios que realicen su trabajo dentro de ese hospital. Entre sus funciones se encuentran la resolución de conflictos entre APMs y el personal de salud, administrativo o sindical del hospital y, gracias a la Ley de Profesionalidad que rige desde el año 2007[17] - la cual prohíbe a jefes y supervisores la entrada a los hospitales- tienen la potestad de invitarlos a retirarse en caso de que alguna o alguno haya logrado ingresar. Tanto las y los delegadas de base como las y los delegados hospitalarios se encuentran bajo la representación de la Asociación de Agentes de Propaganda Médica (AAPM) la cual se constituyó formalmente como entidad gremial el 20 de junio de 1948. Esta forma parte de la Central de Trabajadores de la Argentina (CTA) y cuenta con 26 seccionales regionales entre las cuales se encuentra la de Capital[18].

A medida que iba pasando el tiempo, "la salita" comenzaba a llenarse de gente. Además de visitadores médicos buscando muestras médicas y armando bolsas, desfilaban enfermeras, médicos y médicas pidiendo muestras médicas. Debido a la cantidad de gente, las conversaciones comenzaron a superponerse.
En determinado momento, baja por la escalera un hombre ya entrado en años, delgado y con una larga barba blanca - *Él es Félix* - me explica Nicolás – *era APM, ya está jubilado* - *¿Qué andás buscando?* – pregunta le pregunta Nicolás a Félix.

- *Vengo a mangar alguna muestra* – responde Félix – *Memantina necesito. Hay uno de Baliarda, uno de Gador, otros los nombres de fantasía no me acuerdo… Hipoglós crema también.*

[17] Ley 10851 – Ley Provincial - Artículo 7°. Capítulo II. De la habilitación profesional. 2007 y Ley 1713 – De la Ciudad de Buenos Aires - artículo 9° - Incompatibilidad. 2005.
[18] https://www.aapmra.com/

- *¿Querés que me fije si hay esas marcas?* – pregunta Nicolás

-Las que haya. Claro hay otras marcas. Estoy fuera de tono yo – expresa Félix dando cuenta del tiempo que ha pasado desde que ha dejado de trabajar.

Nicolás se dispone a buscar lo requerido por Félix entre la variedad de muestras que hay en "la salita" de distintos laboratorios. En general, las muestras médicas en "la salita" están accesibles para cualquier APM. Salvo algunas muestras de crema que se encuentran en armarios bajo llave, la mayoría están ubicadas en estantes al alcance de la mano. Todos custodian las muestras de todos y se piden permiso para tomar las que no son del propio laboratorio, ya sea cara a cara o enviándose mensajes por el celular. De esta manera fue que le consiguieron a Félix las muestras médicas que venía a "mangar".

-Acá no importa quién le da las muestras a Félix, lo que importa es que se vaya con las drogas que necesita, igual que hacemos entre nosotros. Él fue "valija" durante muchos años y sigue compartiendo historias y la mística de "la salita" – afirmó Nicolás.

"La salita" como espacio de interacción social adquiere una connotación que difiere significativamente del ámbito de "la visita médica". Aquí, las y los APMs se relacionan de una manera que trasciende lo laboral. Es un espacio de resguardo dentro del hospital que no amenaza "la disputa comercial" entre laboratorios. La rivalidad y la competencia entre "marcas" se diluyen para dar paso a lazos de solidaridad y reciprocidad entre APMs de diferentes laboratorios. En este espacio conviven visitadoras y visitadores médicos de laboratorios nacionales y de multinacionales quienes, crean y mantienen vínculos de cooperación y cohesión mediante el acto de compartir "la tira", el intercambio de muestras médicas entre sí según las necesidades de cada APM sin detenerse a evaluar la jerarquía de las drogas y medicamentos" e integrándose las y los APMs de diversos laboratorios en una organización colectiva dentro de cada hospital en particular. La figura del delegado hospitalario es clave. Su presencia evidencia cómo las problemáticas laborales y gremiales compartidas por las y los APMs prevalecen sobre las rivalidades impuestas por la lógica de mercado.

La competencia o “disputa comercial” se produce en el espacio del consultorio, donde médicas y médicos tienen la potestad de decidir qué prescribir. En este sentido, se configura a partir de las diferentes estrategias de promoción, la entrega de muestras médicas y la capacidad de cada APM para establecer y consolidar relaciones de reciprocidad con las y los médicos.

Las interacciones sociales descriptas, no solo implican dinámicas de competencia económica, sino también, reflejan un sistema de reciprocidad y relaciones sociales complejas. Las y los APMs, a través del intercambio de muestras médicas, construyen y mantienen redes de cooperación y solidaridad e incluso amistad con quienes consideran “la competencia”. Esto pone de manifiesto que estas interacciones no solo crean vínculos económicos sino también, relaciones personales duraderas, cruciales para el mantenimiento de la estructura social (Mauss, 2009).

Según lo expresado y analizado en el presente capítulo, es factible interpretar que las muestras médicas se encuentran inmersas en un sistema de intercambio de prestaciones y contraprestaciones funcionando como objetos dotados de múltiples significados, indispensables para establecer y fortalecer vínculos tanto sociales como profesionales. Dichas muestras operan simultáneamente en múltiples niveles de significación dentro del marco capitalista. Lejos de ser simples productos farmacéuticos reducidos, estos objetos condensan y revelan tensiones fundamentales del sistema económico y cultural en el que circulan.

En la lógica de mercado capitalista los medicamentos tienen un valor de uso destinado al tratamiento de diferentes padecimientos y un valor de cambio que se expresa en su precio monetario relacionado con la acumulación de ganancias en favor de las compañías farmacéuticas. Las muestras médicas no poseen valor de cambio, por tanto, se produce una cosificación de estas en tanto se resalta su carácter de bien de intercambio por sobre su condición de producto destinado al tratamiento de la salud. No obstante, aunque las muestras médicas carecen de precio, representan un valor de cambio diferido y estratégico. Funcionan como un anticipo que pretende generar en las y los médicos fidelidad a la marca, establecer patrones de prescripción con el fin de, eventualmente, asegurar la compra continua del medicamento por parte de las y los pacientes. Las muestras médicas se presentan como un beneficio, pero en realidad

forman parte de una estrategia comercial destinada a garantizar la materialización del valor de cambio a largo plazo.

Para las y los APMs, las muestras no son simples medicamentos gratuitos; se constituyen como objetos cargados de múltiples significados, capaces de mediatizar situaciones, generar reconocimiento y establecer lazos de reciprocidad en contextos sociales diversos. Son objetos de intercambio llevan consigo una especie de "fuerza" que influye en cómo son percibidos y valorados tanto por quienes los dan como por quienes los reciben. En este sentido, las muestras médicas no solo circulan como bienes útiles, sino que se encuentran dotadas de una carga simbólica y social que les confiere un valor adicional. Dar y recibir una muestra médica no es un acto neutro; implica una red de significados donde lo material y lo simbólico se entrelazan, reforzando obligaciones y relaciones sociales en circuitos de intercambios que trascienden el medicamento en sí mismo. La muestra médica habita un espacio paradójico: se presenta como un regalo (gratuito, sin contraprestación inmediata), pero su existencia está completamente determinada por la lógica mercantil. Esta ambigüedad la convierte en un objeto que difumina las fronteras entre el don y la mercancía. Su aparente gratuidad oculta su función real como prestación que genera la promesa de un futuro consumo monetizado.

Consideraciones Finales

En la presente investigación, me he focalizado en examinar y comprender los vínculos sociales de un actor frecuentemente relegado pero esencial en el sistema sanitario: los Agentes de Propaganda Médica (APMs). A través de un trabajo etnográfico exhaustivo realizado en tres instituciones hospitalarias públicas y dos privadas, he logrado dar cuenta de las dinámicas de interacción social que subyacen en la construcción de relaciones entre las y los APMs y las y los profesionales de la salud, principalmente, médicas y médicos, así como las relaciones entre APMs. Todo ello mediado por la circulación de un objeto que encarna múltiples significados: las muestras médicas. Dichas muestras se configuran como objetos socioculturales complejos que vehiculizan relaciones sociales construidas a partir de su distribución, en un contexto predominantemente regido por la lógica mercantil en detrimento de otras formas de intercambio. Las y los APMs constituyen actores claves dentro del sistema de salud, cuyas prácticas de interacción y circulación de bienes -específicamente las muestras médicas- estructuran una red de relaciones sumamente compleja.

En el primer capítulo me he centrado en describir en qué consiste "hacer" "la visita médica" y, a partir de allí, expuse los diferentes estilos y estrategias que cada APM despliega a la hora de interactuar con las y los profesionales de la salud. Vinculado a esto, he mostrado cómo los diferentes estilos de "hacer la visita" se encuentran estrechamente ligados al tipo de medicamento que cada APM promociona y al tipo de laboratorio para el cual cada cual trabaja. A la vez, expuse las valoraciones y jerarquías que las y los APMs pusieron de manifiesto en sus narrativas con respecto a la práctica laboral, a la clase y al género de las personas.

En el capítulo dos, comienzo detallando las diferentes características que presentan los laboratorios nacionales por un lado y las multinacionales por el otro, para luego abordar las significaciones que las y los APMs confieren tanto a cada tipo de laboratorio como a los fármacos y medicamentos producidos por cada uno de ellos. Luego analizo las perspectivas de las y los APMs respecto a la calidad de los fármacos y excipientes, así como las jerarquías que establecen según su país de procedencia. Finalmente, examino cómo la industria farmacéutica interviene activamente en la

construcción del conocimiento médico, exaltando el papel del médico como poseedor del saber legítimo sobre los medicamentos, en detrimento del rol del farmacéutico.

Por último, en el tercer capítulo, examino el significado que las y los APMs atribuyen a las muestras médicas y su papel como objetos de intercambio en la construcción de relaciones sociales y profesionales a largo plazo. Analizo su importancia en la dinámica laboral de las y los APMs, tanto en sus interacciones con médicas y médicos como con otros actores del ámbito de la salud, incluyendo enfermeras, secretarias, personal de seguridad y dirigentes sindicales. Finalmente, analizo las interacciones entre las y los APMs, destacando el rol central que ocupan las muestras médicas en sus prácticas laborales y relaciones interpersonales.

Esta investigación evidencia cómo las muestras médicas se constituyen en objetos simbólicos y sociales de intercambio tanto en la esfera laboral como personal de las y los APMs. Según sus narrativas, las muestras médicas poseen una “fuerza” intrínseca que les confiere un sentido que trasciende su función original concebida por la industria farmacéutica exclusivamente para el tratamiento de padecimientos. El concepto de “hau” de Marcel Mauss (1979) me ha permitido explicar cómo esta dimensión simbólica convierte a las muestras médicas en más que simples productos materiales. Las muestras médicas adquieren una especie de "espíritu" que les confiere un valor simbólico que influye en la manera en que son percibidas y valoradas dentro de diversos contextos sociales. Como objetos permeados por significaciones que trascienden su condición de medicamento inmersos en la construcción de vínculos sociales entre las personas, generan dinámicas de poder, prestigio y reciprocidad en las relaciones que las y los APMs entablan con las y los profesionales de la salud y entre sí en contextos sociales tanto en el ámbito de la salud como extralaborales. Como objetos dotados de valor simbólico que mediatizan relaciones sociales, juegan un rol fundamental en la construcción y mantenimiento de vínculos a largo plazo entre las personas. Asimismo, las muestras médicas se constituyen en objetos clave en la producción y reproducción de relaciones de poder dentro del sistema de salud. A través de su circulación, se construyen y consolidan los lazos sociales y se perpetúan las dinámicas mercantiles que caracterizan al sistema capitalista. A través del concepto de mercancía propuesto por Karl Marx (2008) pude comprender que las muestras médicas funcionaban como tales en tanto se presentan como objetos "gratuitos" encubriendo

las relaciones económicas y sociales propias del sistema capitalista. Mediante su distribución las y los APMs ejercen una forma sutil de poder sobre las y los profesionales de la salud, ya que a la entrega de la muestra le subyace el requerimiento implícito de la prescripción del medicamento de la propia marca. De esta manera, a través de la mediatización del objeto-muestra, la relación APMs-profesionales de la salud se materializa y se transforma en relaciones entre cosas. Pero, más allá de constituirse como mercancía, las muestras médicas actúan como dones en la conformación de lazos sociales. A ese acto aparentemente desinteresado de dar, le subyace la obligación de recibir y también de devolver. Así, la circulación de las muestras médicas no se limita a un simple intercambio mercantil, sino que genera y refuerza relaciones de reciprocidad entre APMs y las y los profesionales de la salud. Además, mediante su entrega las y los APMs vehiculizan los discursos médicos y la difusión de conocimiento, lo que refuerza su posición dentro del ámbito de la salud. En este sentido, las y los APMs no solo actúan como promotores y distribuidores de medicamentos, sino también como actores sociales que participan activamente en la producción de saberes médicos. A través de la figura del "speaker", el saber médico se erige como el único legítimo al posicionar a los médicos como los principales portadores del conocimiento sobre los medicamentos. De esta forma, los laboratorios legitiman su influencia en la formación médica y se aseguran que la información sobre sus productos, sea difundida de manera favorable. Este proceso jerarquiza los saberes reforzando la exclusión de las y los farmacéuticos, cuyo rol queda relegado a la mera dispensa de medicamentos. A esta construcción del saber médico le subyace un fuerte interés económico: consolidar la prescripción médica como el único medio válido para determinar qué medicamentos deben ser utilizados. De esta manera, los laboratorios garantizan que sus productos lleguen al mercado sin ser sustituidos por opciones genéricas o de la competencia. Así, el saber médico se construye no solo en función de criterios científicos, sino también a partir de relaciones de poder que jerarquizan los roles y dinámicas mercantiles que privilegian el interés comercial y la rentabilidad de la industria farmacéutica sobre una visión integral del proceso salud-enfermedad-atención-cuidado. En el mismo sentido, las prácticas de las y los APMs se encuentran atravesadas por un entramado de jerarquías culturales que influyen significativamente en sus formas de relacionarse e interactuar con las y los profesionales de la salud. Sus narrativas revelan la naturalización de una jerarquía valorativa fuertemente establecida

que responde a un saber eurocéntrico (Quijano, 2000; 2014), donde los medicamentos elaborados por laboratorios europeos y estadounidenses son situados en la cúspide de una pirámide de calidad y prestigio, superiores a los producidos por los laboratorios nacionales y de origen asiático. Esta jerarquización no se limita a los productos farmacéuticos, sino que permea y configura tanto las prácticas profesionales como las identidades de las y los propios APMs, quienes son clasificados, evaluados y posicionados según criterios que reproducen estas mismas lógicas coloniales de valoración diferencial. A su vez, manifiestan una clara distinción entre dos modelos de práctica profesional: por una parte, un modelo basado en "la presencia" y "la palabra", privilegiado por APMs de laboratorios multinacionales, y por otra, la "distribución masiva de muestras", asociada principalmente con APMs de laboratorios nacionales. Esta diferenciación refleja cómo las matrices coloniales de pensamiento persisten y se actualizan en el escenario contemporáneo de la industria farmacéutica estableciendo una escala que privilegia determinadas formas de conocimiento, interacción y práctica profesional, mientras relega otras a posiciones subordinadas.

En síntesis, las muestras médicas no son objetos neutros. Son productos del capitalismo, insertos en relaciones de producción y consumo específicas, pero al mismo tiempo dotados de una multiplicidad de significados que responden a dinámicas sociales más amplias. En su circulación, actúan como mercancías, regalos, incentivos o favores, dependiendo del contexto y de los actores sociales involucrados y, en este proceso, su apropiación social les otorga una vida propia, resignificándolas más allá de su propósito original. Esto da cuenta de un punto de intersección entre diferentes sistemas de valor en nuestra sociedad contemporánea. Es decir, las muestras médicas funcionan como objetos que habitan simultáneamente en dos esferas de significado: como mercancías y como dones. Esta coexistencia de lógicas aparentemente contradictorias (mercantil y de reciprocidad) en un mismo objeto nos invita a repensar las fronteras tradicionales entre los económico y lo social.

En resumen, esta tesis busca contribuir a una comprensión más profunda de las relaciones sociales subyacentes en el campo de la salud, las cuales trascienden los aspectos clínicos y el análisis de los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado, revelando cómo las muestras médicas trascienden su valor material para convertirse en objetos cargados de significados e imbricados en una red de relaciones sociales y

de poder, construida y sostenida por los APMs, enmarcadas tanto en lógicas mercantiles como en dinámicas de reciprocidad.

En un momento histórico de creciente mercantilización de la salud, dentro de un sistema donde el acceso a los medicamentos no responde primordialmente al bienestar colectivo sino a intereses comerciales que reproducen y profundizan desigualdades estructurales en el campo de la salud, comprender estas dinámicas sociales complejas puede contribuir a imaginar formas más equitativas de organizar nuestro sistema sanitario.

Referencias Bibliográficas

Abrutzky, R., Bortz, G., & Kosacoff, B. (2015). El perfil de la industria farmacéutica de la Argentina: Interrogantes a mediano plazo. *Ciencia, Docencia y Tecnología, 26*(51), 102-130. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-17162015000200004&lng=es&tlng=es

Abrutzky, R., Bortz, G., & Kosacoff, B. (2017). Industria farmacéutica en la Argentina. *Anuario CEEED, 9*(9)

Adams, V., & Dumit, J. (2004). *Pharmaceutical reason: Knowledge and value in global psychiatry*. Cambridge University Press.

Adams, V. (2013). *Markets of sorrow, labors of faith: New Orleans in the wake of Katrina*. Duke University Press.

Akrich, M. (1995). Petite anthropologie du médicament. *Techniques et Culture, 25-26*, 129-157. https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00119484

Appadurai, A. (1991). *La vida social de las cosas: Perspectiva social de las mercancías* (Ed.). Grijalbo. (Trabajo original publicado en 1986).

Aranda, M., & Rosasco, M. A. (2019). La farmacia de los medicamentos genéricos. *Revista Colombiana de Ciencias Químico-Farmacéuticas, 48*(2), 357-371. https://doi.org/10.15446/rcciquifa.v48n2.82714

Armando, P., & Solá, N. (2003). Propuesta de cambio para la dispensación de medicamentos en la farmacia comunitaria. *Medicamentos y Salud, 4*(1), 28-33.

Aulmann, M. Á. (2013) *Invenciones farmacéuticas en la República Argentina: La Resolución Conjunta N° 118/2012, N° 546/2012 y N° 107/2012 y sus pautas.* https://riu.austral.edu.ar/bitstream/handle/123456789/1605/Invenciones%20farmac%C3%A9uticas%20en%20la%20Rep%C3%BAblica%20Argentina.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Balbi, F. A., & Boivin, M. (2008). La perspectiva etnográfica en los estudios sobre política, Estado y gobierno. *Cuadernos de Antropología Social, 27*, 7-17. https://www.redalyc.org/pdf/1809/180913917001.pdf

Balbi, F. A. (2012). La integración dinámica de las perspectivas nativas en la investigación etnográfica. *Intersecciones en Antropología, 13*(2), 485-499. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1850-373X2012000200013&lng=es&tlng=

Bisang, R. (2017). *El mercado de medicamentos en la Argentina*. Centro de estudios para el cambio estructural.

Bourdieu, P. (1979). *La distinción: Criterios y bases sociales del gusto*. Taurus.

Brody, H. (2007). *Hooked: Ethics, the medical profession, and the pharmaceutical industry*. Rowman & Littlefield.

Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan: Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Paidós.

Butler, J. (2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad.* Paidós.

Campins, M., & Pfeiffer, A. (2011). La importancia de las redes sociales en los orígenes de la industria farmacéutica argentina: El caso de los catalanes en Argentina. *Revista de Historia Industrial*, *20*(47), 117-144.

Campins, M., & Pfeiffer, A. (2018). La industria farmacéutica argentina y su entorno socio-económico (1958-2010). *Anuario Centro de Estudios Económicos de la Empresa y el Desarrollo*, *9*, 1-15. https://ojs.econ.uba.ar/index.php/CEEED/article/view/1029

Cantafio, F. F. (2017). *Medicamentos.* Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación.

Castro, R. (2012). Antropologia dos medicamentos: uma revisão teórico-metodológica. Revista de Antropologia Social dos Alunos do PPGAS-UFSCar, (4), 146-175.

Comelles, J. (2004) Fiebres, médicos y visitadores. Notas etnográficas sobre práctica médica durante el Franquismo En La Medicina ante el Nuevo Milenio. Una perspectiva histórica, La Mancha: Ediciones de la Universidad Castilla. https://www.researchgate.net/publication/235685204

Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. (2013). *Buenas prácticas en farmacia comunitaria en España: Servicio de dispensación de medicamentos y productos sanitarios*. Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

Cunzolo, V. (2022). *La gestión del malestar como saber experto: Prioridades, encrucijadas y estrategias en la atención de la salud desde la perspectiva de personas que viven en contexto de pobreza en el sur de la Ciudad de Buenos Aires* [Tesis de maestría, IDES-IDAES/UNSAM].

Dumit, J. (2012). *Drugs for Life: How Pharmaceutical Companies Define Our Health.* Duke University Press Books.

Elliott, C. (2003). *Better than Well: American Medicine Meets the American Dream.* W.W. Norton & Company.

Faraone, S., Barcala, A., Torricell, F., Bianchi, E., & Tamburrino, M. C. (2010). Discurso médico y estrategias de marketing de la industria farmacéutica en los procesos de medicación de la infancia en Argentina. *Comunicação, Saúde e Educação, 14*(34), 485-497.

Farmer, P. (2003). *Patologías del poder: Salud, derechos humanos y la nueva guerra contra los pobres*. Paidós.

Ferroni, L. N. (2017). *Memorias de cangrejos: Etnografía de un laboratorio de neurobiólogos argentinos* [Tesis de maestría, IDES-IDAES/UNSAM].

Foucault, M. (1969). *La arqueología del saber.* Siglo XXI. https://desarmandolacultura.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/04/foucault-michel-la-arqueologia-del-saber.pdf

Foucault, M. (1970). *El orden del discurso.* Fábula Tusquets.

Foucault, M. (1976). *Historia de la sexualidad, volumen 1: La voluntad del saber.* Siglo XXI. https://seminariolecturasfeministas.wordpress.com/wp-content/uploads/2012/01/foucault_michel historia_de_la_sexualidad_i_la_voluntad_de_saber.pdf

Foucault, M. (2008). *Tecnologías del yo y otros textos afines.* Paidós/I.C.E.-U.A.B.

Fugh-Berman, A. (2010). The haunting of medical journals: How ghostwriting sold 'HRT'. *PLoS Medicine, 7*(9), e1000335.

Gagliolo, G. M. (2018). *Saberes y prácticas de trabajadores sociales en el campo de la salud pública: Un estudio etnográfico de las respuestas institucionales al problema VIH-Sida.* Facultad de Filosofía y Letras (UBA), Colección Saberes.

García, G. (2007). *La prevención de la transmisión vertical: Etnografía de un centro obstétrico de un hospital de agudos del sur de la Ciudad de Buenos Aires.* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Buenos Aires].

Giuliani, C. (2017) Hoy, más que nunca, con el orgullo de ser Visitadores Médicos. La agencia de noticias de la CTA autónoma. https://www.agenciacta.org/spip.php?article23687

Gligo, N., Peres, W., & Plottier, P. (Eds.). (2023). *Industria farmacéutica y sistemas de salud en Argentina, Brasil, Chile, México y Uruguay: Estructura, desempeño y políticas*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).

González Martín, M. (2006). *Trayectorias de vida en mujeres desocupadas y sub-ocupadas del Área Metropolitana de la Ciudad de Buenos Aires: Un estudio antropológico sobre las narrativas de cuidado y padecimiento.* [Tesis de licenciatura, Universidad de Buenos Aires]. https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/Filo_4f086887c8c81193cb6362acca5119fa

Graeber, D. (2018). *Hacia una teoría antropológica del valor: La moneda falsa de nuestros sueños.* Fondo de Cultura Económica.

Gregoric, J. J. (2007). *Vih-Sida y activismo: Un estudio antropológico del proceso de organización y la politización de la salud entre personas viviendo con el VIH.* [Tesis de licenciatura, Universidad de Buenos Aires]. https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/Filo_21baa421a51bb9f4e80f57d97ec561fb

Grimberg, M. A. (1992). *La relación trabajo-salud en "los gráficos": Construcción social y hegemonía.* [Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires]. https://repositoriosdigitales.mincyt.gob.ar/vufind/Record/Filo_3634b53d4b72b03133b6a7e68438c377

Guber, R. (2001). La observación participante y La entrevista etnográfica o el arte de la "no directividad". En *La etnografía: Método, campo y reflexividad* (pp. 39-83). Grupo Editorial Norma.

Guber, R. (2005). El registro de campo: Primer análisis de datos. En *El salvaje metropolitano: Reconstrucción del conocimiento social en el trabajo de campo* (pp. 119-147). Editorial Paidós.

Guber, R. (2011). La etnografía. Método, campo y reflexividad. Siglo veintiuno.

Guber, R. (Comp.). (2014). Introducción y capítulos seleccionados. En *Prácticas etnográficas.* Miño y Dávila.

Estrella, P., & Pozzio, M. (2020). Genealogías y linajes en la articulación de antropología y salud. *Revista Publicar, 18*(29), 77-93.

Healy, D. (2004). *Let Them Eat Prozac: The Unhealthy Relationship Between the Pharmaceutical Industry and Depression.* New York University Press.

Healy, D. (2012). *Pharmageddon*. University of California Press. https://doi.org/10.1525/9780520951815

Heredia, C. (2019). ¿Cómo es el dolor? Indagaciones médicas, registros y etiologías del dolor en cuidados paliativos pediátricos. *Cuadernos de Antropología Social*. https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/130579?show=full

Iribarne Dávalos, L. R. H. P. (2020). *Análisis y diagnóstico de las prácticas de gestión de medicamentos en la farmacia del Hospital de Morón: Propuesta de implementación de un sistema de trazabilidad* [Tesis de licenciatura, Universidad Torcuato Di Tella].

Kopytoff, I. (1991). La biografía cultural de las cosas. La mercantilización como proceso En A. Appadurai (Ed.), *La vida social de las cosas: Perspectiva cultural de las mercancías* (pp. [89-121). Grijalbo. (Trabajo original publicado en 1986).

Lander, E. (Comp.). (2000). *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas.* CLACSO. http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/clacso/sur-sur/20100708034410/lander.pdf

Lexchin, J. (2010). Drug companies and the approval of new drugs. BMJ, 340, c2348.

Lorenzati, N. E., & Bertoldo, P. (2012). Evaluación del tipo de dispensaciones realizadas en oficinas de farmacia de la ciudad de Córdoba. *Pharm Care Esp, 14*(1), 266-270.

López Guzmán, J., & Aparisi Miralles, A. (2006). La intervención de farmacéuticos y enfermeros en la prescripción: Una aproximación ético-legal. *Derecho y Salud, 14*(2), 1-25.

Lovell, A. M. (2006). Addiction markets: The case of high-dose buprenorphine in France. En Petryna, A. Lakoff, A., & A. Kleinman, A. (Eds.), *Global pharmaceuticals: Ethics, markets, practices* (pp. 136-170). Duke University Press. https://doi.org/10.1215/9780822387916-006

Mauss, M. (2009). *Ensayo sobre el don: Forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas*. Katz Editores. (Trabajo original publicado en 1925).

Menéndez, E. L. (1988). Modelo médico hegemónico y atención primaria. En *Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud* (30 de abril al 7 de mayo, pp. 451-464). Buenos Aires.

Menéndez, E. L. (1992). Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de autoatención: Caracteres estructurales. En *La antropología médica en México* (pp. 97-113). Universidad Autónoma Metropolitana.

Menéndez, E. L. (1994). La enfermedad y la curación: ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades, 4*(7), 71-83.

Menéndez, E. L. (1998). Modelo médico hegemónico: Reproducción técnica y cultural. *Natura Medicatrix, 51,* 17-22.

Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: De exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia & Saúde Coletiva, 8*(1), 85-207.

Menéndez, E.L. (2005) El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva, 1*(1), 9-32.

Menéndez, E. L. (2016). Salud intercultural: Propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva, 21*(1), 109-118.

Menéndez, E. L. (2018). *Poder, estratificación social y salud.* Publicaciones URV.

Metzl, J. (2003). *Prozac on the Couch: Prescribing Gender in the Era of Wonder Drugs.* Duke University Press.

Marx, K. (2014). *El fetichismo de la mercancía (y su secreto)*. Pepitas de Calabaza Ed.

Moynihan, R., & Cassels, A. (2006). *Medicamentos que nos enferman e industrias farmacéuticas que nos convierten en pacientes*. [Formato ePUB].

Nikolas, R. (2007). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century.* Princeton University Press.

Pagnamento, L. L. (1993). *Cómo los médicos aprenden a ser médicos: La residencia en clínica médica del Hospital San Martín de La Plata.* [Tesis de licenciatura, Universidad de Buenos Aires].

Peidro, R. (2012) Proceso de fusiones nacional-multinacionales, concentración económica e impacto en fuentes de trabajo en la Industria farmacéutica. Análisis de política de medicamentos en Argentina. Asociación de agentes de propaganda médica de la República Argentina. Sindicato de visitadores médicos. Instituto de estudios sobre políticas de salud. Asociación de Agentes de Propaganda Médica de la República.

Perl, I. A. (2021). *Género, cuerpo y emociones en la consulta ginecológica: Relatos y narrativas de médicxs ginecólogxs del AMBA.* [Tesis de Maestría, FLACSO]

Petryna, A., Lakoff, A., & Kleinman, A. (2007). Global pharmaceuticals: Ethics, markets, practices. *Global Public Health, 2*(4), 418–420. https://doi.org/10.1080/17441690701219858

Petryna, A. (2009). *When Experiments Travel: Clinical Trials and the Global Search for Human Subjects.* Princeton University Press.

Pozzio, M. (2009). *Madres, mujeres y amantes: Usos y sentidos de género en la gestión cotidiana de las políticas de salud* [Tesis de maestría, IDES-IDAES/UNSAM].

Puras, G., & Saenz del Burgo, L. (2014). Atención farmacéutica: Tema 8. Dispensación activa de medicamentos. En *Atención farmacéutica (OCW-2014)*. UPV/EHU. https://ocw.ehu.eus/pluginfile.php/45190/mod_resource/content/1/Tema_8OCW_Dispensacion_activa_de_medicamentos.pdf

Quijano, A. (2000). Colonialidad del poder y clasificación social. En E. Lander (Ed.), *La colonialidad del saber: eurocentrismo y ciencias sociales. Perspectivas latinoamericanas* (pp. 93-118). CLACSO.

Quijano, A. (2014). *Colonialidad del poder, eurocentrismo y América Latina*. CLACSO.

Ramírez Hita, S. (2010). *Donde el viento llega cansado: Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*. Editorial Gente Común.

Ramírez Hita, S. (2011). Ética y calidad en las investigaciones sociales en salud: Los desajustes de la realidad. *Acta Bioethica, 17*(1), 61-71.

Reátegui Valdiviezo, M. (2016). Derecho farmacéutico: Muestras médicas y muestras gratuitas: Análisis de la legislación comparada y peruana. *Anuario Dominicano de Propiedad Intelectual* (3), 117-141.

Restrepo, E. (2018) Etnografía: alcances, técnicas y éticas. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. https://www.aacademica.org/eduardo.restrepo/3.pdf

Río Fortuna, C. A. (2020). *"...Es el cierre de su etapa reproductiva": Etnografía de la política pública a la anticoncepción quirúrgica femenina en la ciudad de Buenos Aires* [Tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires]

Rodríguez Molina, A. (2009). *Análisis del impacto de la ley de genéricos en el valor de las empresas farmacéuticas.* [Tesis de Maestría, Universidad de Buenos Aires]. http://bibliotecadigital.econ.uba.ar/download/tpos/1502-0136_RodriguezMolinaA.pdf

Roemmers, A**.** (2011). *90 años junto a la medicina nacional*. Toer Ediciones.

Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century.* Princeton University Press.

Rubio Vizcaya, S. X. (2003). *¿Cómo se llama esa discapacidad cuando no se nota? Una etnografía sobre la producción social de las discapacidades intelectuales* [Tesis de maestría, Universidad de X].

Santos, G. M. (2017). Alcances y restricciones de la producción pública de medicamentos en Argentina (2002-2015). *Anuario CEEED*, *9*(9), 19-57.

Torres Domínguez, A. (2010). Medicamentos y transnacionales farmacéuticas: impacto en el acceso a los medicamentos para los países subdesarrollados. Revista Cubana de Farmacia, 45(1), 97-110. http://scielo.sld.cu

Van der Geest, S., Whyte, S. R., & Hardon, A. (1996). The anthropology of pharmaceuticals: A biological approach. *Annual Review of Anthropology, 25*, 153-178.

Referencias Normativas

Ciudad de Buenos Aires. (2005). *Ley N° 1713 – Regula la actividad de información médica referida a la composición, posología y finalidades de especialidades medicinales con destino al consumo humano*. Publicación oficial. https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/73446

Provincia de Buenos Aires. (2007). *Ley N° 10851 – De la actividad del agente de propaganda médica*. Publicación oficial. https://normas.gba.gob.ar/documentos/BLqqkSQV.html

Ministerio de Economía, INDEC. (2024). *Industria farmacéutica en la Argentina*. *Industria manufacturera, 8*(32). *Informes técnicos, 8*(295). https://www.indec.gob.ar/uploads/informesdeprensa/farm_12_243B8D316844.pdf